Rok XL. Kraków, 4 Maja 1901. Nr. 18.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Z kliniki lekarskiej Wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego. (Petersburg).

## Przyczynek do nauki o zasadowości krwi.

*(Doniesienie tymczasowe).*

Podał

**Dr. med. Witold-Eugeniusz Orłowski.**

Ordynator kliniki.

Badania zasadowości krwi rozpoczęły się już oddawna. Wiedza jednak nasza w tej dziedzinie pogłębiła się zaledwie w ostatniem dziesięcioleciu, zawdzięczając to głównie pracom Löwyego. Ten bowiem badacz pierwszy zwrócił uwagę, że zasady zawierają się nie tylko w osoczu, jak mniemano dotąd, lecz także w krwinkach czerwonych i nawet w tych ostatnich w większej ilości. Wychodząc z tego założenia uwydatnił on zatem nieścisłość metod oznaczania zasadowości krwi, któremi posiłkowali się jego poprzednicy a zalecił metodą własną, polegającą, jak wiadomo, na miareczkowaniu za pomocą $^1/_{25}$ normalnego rozczynu kwasu winowego 5 sz. cm. krwi, rozpuszczonej w 45 sz. ctm. 0.2% szczawianu amonowego obojętnego. Za pomocą tej właśnie metody dowiódł Löwy mylności ogólnie przyjętego mniemania, jakoby zasadowość krwi była zmniejszoną w przeważnej liczbie chorób. Wszystkie te poglądy Löwyego zostały wkrótce stwierdzone przez następnych badaczy. Okazało się, że alkaliczność krwi w jednej i tej samej chorobie może być podniesioną lub zmniejszoną, lub wreszcie prawidłową. Podobne zachowanie się zasadowości krwi pozostawało jednak bez żadnego wyjaśnienia, aczkolwiek wyjaśnienie tego faktu jest bardzo pożądane. Ono bowiem może nam z jednej strony wyświetlić zadanie zasadowości krwi w ustroju, a z drugiej znów przyczynić się do prawidłowego rozstrzygnięcia innych ważnych zagadnień w patologii, jak naprz; samozatrucie ustroju kwasami etc.

Ten właśnie cel miałem przedewszystkiem na uwadze, przystępując do niniejszej pracy. Na wstępie przerobiłem doświadczenia Löwyego i przekonałem się, że rzeczywiście metoda jego oznaczania zasadowości krwi daje liczby ścisłe, wtenczas gdy sposoby Landoisa, Jakscha i Danilewskiego dają wyniki niedokładne i zmienne. Tych jednak doświadczeń nie będę przytaczał na tem miejscu, ponieważ wykonałem je prawie tym samym co Löwy sposobem.

Ta nieścisłość i zmienność wyników, otrzymywanych metodami dawniejszemi, zależy według Löwyego od postępującego rozpadu krwinek czerwonych, wskutek czego zawierające się w nich zasady przechodzą do osocza. Oznaczając bowiem zasadowość osocza i osobno osadu, składającego się z krwinek czerwonych, otrzymywał on taką samą liczbę, jaką dawała krew sama. Podobna jednak metodyka wskazuje tylko w grubych zarysach udział krwinek czerwonych w pojęciu o zasadowości krwi, a więc tylko drogą uboczną wyjaśnia ujemne strony poprzednich sposobów jej oznaczania (Landoisa, Jakscha i innych autorów) Dla udowodnienia poglądu Löwyego należało oczekiwać doświadczeń, któreby w więcej jaskrawy sposób wykazały błędy tych metod, mianowicie wyświetliły nie tylko, że zasadowość krwi jest w rzeczywistości znacznie większa, niż ją wykazują sposoby Landoisa, Jakscha i in., nie tylko, że stopień zasadowości krwi przy oznaczaniu jej dawniejszymi sposobami wciąż wzrasta, lecz oprócz tego, że podobne jej podniesienie się jest wywołane istotnie rozkładem krwinek czerwonych i postępuje równolegle z ich rozpadem Podobnych doświadczeń jednak w piśmiennictwie niema. Wobec ich doniosłości, którą wyjaśnię nieco niżej, przystąpiłem do moich doświadczeń w sposób następujący: najpierw przekonałem się, że krew odwłókniona ma takąż samą zasadowość, co i krew, nie pozbawiona włóknika; zatem, oznaczywszy zasadowość surowicy krwi sposobem Löwyego, brałem krew odwłóknioną psa i w pewnych odstępach czasu oznaczałem jej zasadowość metodami Löwyego i Landois-Jakscha. W ten sposób mogłem w każdej chwili ocenić, jaka część zasadowości krwi zależy od rozkładu krwinek czerwonych. Przedtem jeszcze oznaczałem ilość krwinek czerwonych we krwi i ich odporność sposobem Hamburgera. Na te oznaczenia zwróciłem osobliwszą uwagę, wychodząc z następującego prostego rozumowania: jeśli twierdzenie Löwyego, że zmienność zasadowości krwi przy posiłkowaniu się metodą Landois-Jakscha zależy od rozkładu krwinek czerwonych, jest słuszne, to naturalnie im odporniejsza jest krew, tem słabiej uwydatnią się wspomniane zmiany w jej alkaliczności; z innej zaś strony, przy jednakowej odporności dwóch porcyj krwi, ta, która zawiera więcej krwinek czerwonych, będzie dawała większe zmiany. Jeśli więc wyrachujemy tę część ogólnej zasadowości krwi, która zależy od rozkładających się krwinek czerwonych w dwóch porcyach krwi, wziętych z 2 zwierząt, jeśli zatem otrzymane liczby obliczymy na jednakową zawartość krwinek czerwonych w obydwóch porcyach, to musimy otrzymać tenże stosunek między temi liczbami, jaki istnieje pomiędzy odpornością obydwóch porcyj krwi. Tak w istocie i okazało się. Dla lepszego zrozumienia wyżej wypowiedzianych moich myśli przytoczę 2 doświadczenia.

Doświadczenie VII.

Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mlm³ wynosi 5342000. Odporność ich = 0,49% Nacl. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego

336 mlgr. NaOH w 100 sz ctm krwi. Zasadowość surowicy, otrzymanej przy samoistnem ścinaniu się krwi — 160 mlg

Doświadczenie metodą Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po 10′—198 mlgr., więc od rozkładu krwinek czerwonych zależało 38
2) » 15′—240 » » » » » » 80
3) » 30′—297,5 » » » » » » 137,5
4) » 60′—302 » » » » » » 142

Doświadczenie IX.

Liczba czerwonych krwinek w 1 $mlm^3$—5 210 000, więc, 1,025 razy mniej, niż w dośw. VIII. Odporność ich = 0,57% Na Cl. Zasadowość krwi według metody Löwyego — 369,2 mlgr. NaOH; zasadowość surowicy 203.

Oznaczenie alkaliczności krwi sposobem Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po upływie 10′—244 mlgr. więc od rozkładu krwinek czerw. zależało 42
2) » » 15′—294 » » » » » » 91
3) » » 30′—361 » » » » » » 158
4) » » 60′—363 » » » » » » 160

Porównywując obydwa doświadczenia widzimy, że odporność krwi w IX. dośw jest 1,16 razy mniejszą, niż w dośw. VIII. Wyliczając teraz jaka część zasadowości krwi w dośw. IX byłaby wywołana przez rozkład krwinek czerwonych, jeśliby ogólna liczba ich w 1 $mlm^3$ była tąż samą, co i w doświadczeniu VIII. łatwo przekonamy się, że ta część wciąż przewyższa odpowiednią liczbę w doświadczeniu VIII. o 1,16 razy.

W samej rzeczy, ten stosunek przedstawia się tak:

1) po 10 min — 1,13 $\left(\frac{42.1.025}{38}\right)$
2) po 15′ » — 1,166 $\left(\frac{91.1,025}{80}\right)$
3) po 30′ » — 1,18
4) po 60′ » — 1,15.

Z tych doświadczeń widzimy, że podniesienie się alkaliczności krwi przy oznaczaniu jej sposobem Landois-Jakscha zależy istotnie od odporności krwi. Ponieważ zaś odporność krwi jest różną nie tylko przy rozmaitych stanach chorobowych, lecz i u osobników zdrowych, to rzecz prosta, sposób Landois-Jakscha powinien być zupełnie zaniechany: wyniki bowiem, które on daje, nie mogą być porównywane z sobą, co przedewszystkiem wymaga się od każdego sposobu, jeśli on nie jest w stanie dać ścisłych liczb bezwzględnych. Jeśli jednak i posłużymy się tą metodą, to w każdym razie nie należy iść za radą Jakscha i przeprowadzać oznaczenia możliwie szybko; owszem, trzeba kończyć nie wcześniej, niż po 30 minutach; przy takiem bowiem postępowaniu określa się znaczna część zasadowości krwi, jak to wykazały moje doświadczenia, mianowicie: 87—97%.

Teraz zupełnie zrozumiałą jest przewaga mojej metodyki nad metodyką doświadczeń Löwyego i innych autorów, gdyż daje ona nam możność śledzenia wciąż za podniesieniem alkaliczności krwi, oznaczonej za pomocą sposobu Landois-Jakscha i zależnością tego podniesienia od odporności i ilości krwinek czerwonych. Na podobną drogę doświadczeń naprowadziły mnie szczegółowsze studya z dziedziny hematologii. Rozglądając się w obszernem piśmiennictwie o zasadowości krwi, nie trudno mi było zauważyć, że zmniejszenie alkaliczności krwi stwierdzone było przez różnych badaczy właśnie w tych chorobach, w których, jak wykazały nowsze badania, odporność krwi jest zwiększona. Wobec tego, że dane te są otrzymane za pomocą sposobu Landois-Jakscha i innych analogicznych, podobny fakt łatwo się tłómaczy na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń.

Po tych doświadczeniach przeszedłem do badań nad stanem alkaliczności krwi w sprawach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Badania wykonałem na ludziach zdrowych i chorych, część zaś na psach. Zasadowość krwi u ludzi oznaczałem za pomocą alkalimetru Engela, urządzonego na wzór Mélangensa dla krwinek czerwonych: rozcieńcza się w nim 0,05 sz. ctm krwi, wziętej z palca, 100 razy w przekroplonej wodzie odczynu obojętnego; otrzymaną krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi miareczkuje się $^1/_{75}$ normalnym roczynem kwasu winowego do odczynu obojętnego; ztąd nietrudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi. W ten sposób alkalimetr Engela czyni zadość wymaganiom, stawianym przez Löwyego przy oznaczaniu zasadowości krwi, krwinki czerwone bowiem w nim się rozpuszczają zupełnie.

Wobec tego jednak, że oznaczenia zasadowości krwi, dokonane przez różnych badaczy, mało przyczyniły się do wyświetlenia przyczyny jej wahań w jednej i tej samej chorobie u różnych osobników, postanowiłem nie ograniczać się tylko na tem oznaczeniu, lecz oprócz tego oznaczać u każdego osobnika zawartość hemoglobiny, krwinek czerwonych i białych, w mniemaniu, że być może w ten sposób uda się otrzymać dane, któreby wyjaśniły rzecz. Nadzieje moje poniekąd ziściły się.

Dotychczas zbadałem wszystkiego 45 przypadków, z pomiędzy nich 2 przypadki gruźlicy płuc, 5 włóknikowego zapalenia płuc, 4 wad serca, 4 marskości wątroby, 3 duru brzusznego, 3 zapalenia nerek, 2 nieżytu kiszek, 2 cukrzycy 3 raka przewodu pokarmowego, 6 neurastenii i po jednym przypadku zimnicy, grypy (influenzy), ostrego i przewlekłego gośćca stawowego, błednicy i niedokrwistości, plamicy wybroczynowej *(purpura haemorrhagica)*, zapalenia gruczołu chłonnego na tle zołzowem, gnilnego zapalenia oskrzeli, zapalenia miedniczek nerkowych i rozszerzenia żołądka z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego.

Na tem miejscu nie będę rozszerzać się w całej rozciągłości nad mojemi badaniami; przytoczę tylko pokrótce otrzymane wyniki:

1) Alkalimetr Engela daje liczby zasadowości krwi, przewyższające rzeczywistą o 106 mlgr. NaOH na 100 sz ctm. krwi, jeśli używać lakmusu, jako wskaźnika — i o 119 mlgr., jeśli w tym celu używamy lakmoidu.

2) Alkaliczność krwi u osobników zdrowych wynosi 240—267 mlg. NaOH (%) przy użyciu lakmusu, i 269—299 mlgr. przy użyciu lakmoidu.

3) Alkaliczność krwi w różnych chorobach idzie równolegle z ilością krwinek czerwonych: obniża się przy zmniejszeniu się ich liczby, zostaje prawidłowa przy normalnej liczbie krwinek czerwonych.

4) Oznaczenie więc tylko samej zasadowości krwi nie daje nam możności zrozumienia przyczyny jej zmiany.

5) Nagromadzenie się we krwi produktów kwaśnych, więc samozatrucie ustroju kwasami, wolno przypuszczać tylko tam, gdzie przy prawidłowej liczbie krwinek czerwonych alkaliczność jej jest silnie obniżona, lub jeśli to obniżenie jest o wiele większe, niż zubożenie krwi w krwinki czerwone.

6) Podobny stosunek, wskazujący na samozatrucie

ustroju kwasami, zauważyłem dotychczas tylko w ciężkich przypadkach cukrzycy moczowej i w charłactwie rakowem.

7) Cieple (37,5° c.) lawatywy zasadowe podnoszą w większym stopniu alkaliczność krwi, niż podanie zasad przez usta.

8) Podniesienie alkaliczności krwi pod wpływem alkalicznych lawatyw lub podania alkaliów (sody) przez usta jest krótkotrwałe.

Nie miałem niestety dotychczas żadnego przypadku mocznicy i skazy moczanowej, w których to stanach chorobowych, jak wiadomo, badacze znajdowali obniżenie zasadowości krwi. Wobec tego postanowiłem przynajmniej co do mocznicy rozstrzygnąć sprawę drogą doświadczalną na psach. Oznaczywszy alkaliczność krwi, wywoływałem sztucznie u nich mocznicę przez podwiązanie moczowodów i w ten sposób przekonałem się, że rzeczywiście zasadowość krwi w mocznicy obniża się. Jaka jest przyczyna tego obniżenia, w tej chwili rozstrzygnąć nie mogę, ponieważ odpowiednie doświadczenia moje nie są jeszcze ukończone.

Szczegółowy opis wszystkich doświadczeń na zwierzętach, jako też badań klinicznych, będzie ogłoszony po ukończeniu całej pracy w jednem z czasopism lekarskich.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękowania Prof. Dr. Pasternackiemu za udzielenie pozwolenia w korzystaniu z klinicznego materyału, a także ordynatorom kliniki, kolegom: Kazimierzowi Syliwanowiczowi i M. Heimanowi za ich pomoc w przeprowadzeniu moich doświadczeń na zwierzętach.

## II. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

*Streszczenie zbiorowe.*

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

W ostatnich czasach coraz częściej spotykamy się z badaniami przemiany materyi u osesków, mającemi na oku, ażeby tą drogą dojść do wyników konkretnych w sprawie karmienia noworodków. Badania te wykonywano przeważnie na oseskach, chorych na cierpienia żołądkowo-jelitowe; nie brak atoli badań w tym kierunku i na oseskach zdrowych; doświadczenia co do przemiany białka, przeprowadzone przez Grósza na oseskach zdrowych, karmionych piersią, mianowicie w kierunku obliczenia ilości azotu z wydzielonego w przeciągu 24 godzin moczu i kału, wykazały, że dziecko przy piersi, jak i sztucznie karmione, powinno dostawać pokarm co 3—4 godzin, gdyż nawet w tym czasie osesek nie zużywa podanego pokarmu, albowiem część jego odchodzi niezużyta. Przeładowanie ustroju istotami białkowatemi jest nawet wprost szkodliwe, gdyż występuje niedomoga czynnościowa jelit, istoty białkowate zalegają w jelitach i przeszkadzają ich funkcyi. Zgadzają się z tem badania kliniczne Czernyego, który podaje, że przy karmieniu mlekiem krowiem żołądek wypróżnia się dopiero po trzech godzinach. Badania Langego i Berenda na oseskach ze złem trawieniem wykazały, że n. p. wystarcza półtorarocznemu, sztucznie karmionemu dziecku 900 ctm.³ pokarmu na dobę, gdy tymczasem dostaje ono zazwyczaj o 25% więcej, a więc około 1200 ctm.³ Co do ilości moczu, to wynosiła ona w danych dwu przypadkach 54,25 ctm. na 100 ctm.³ przyjętego pokarmu. Ilość kału u dzieci, karmionych sztucznie, jest nadzwyczaj wielka. Przytoczeni badacze znaleźli wreszcie różnicę między ilością przyjmowanego a wydzielanego azotu. Badając jak osesek zużywa białko, względnie azot mleka krowiego, zauważył Lange, że zużycie azotu mleka krowiego przy odpowiedniem rozcieńczeniu, osłodzeniu cukrem mlekowym i wyjałowieniu jest prawie to samo, co przy używaniu pokarmu kobiecego; ilość wydalonych części stałych kału u oseska dyspeptycznego jest dwa razy tak wielka, jak u zdrowego, ilość zaś azotu w kale 24godzinnym w niestrawności jest większa, a odsetkowa zawartość azotu w stolcach dyspeptycznych jest mniejsza, niż w warunkach prawidłowych. Karmiony mlekiem osesek nie znajduje się w równowadze azotowej, lecz zachowuje azot w większej ilości. Bendix, badając 15 dzieci 47 razy, wykazał, że u cierpiących na biegunkę osesków w porównaniu ze zdrowymi wydziela się z kałem więcej azotu, a doświadczenie pouczyło go, że w niezupełnie prawidłowych warunkach sernik mleka krowiego jeszcze względnie dobrze zostaje zużytkowany.

Przy rozstrzyganiu pytania, jaki pokarm jest najodpowiedniejszy dla dziecka, pozbawionego pokarmu macierzystego lub dziecka, wyniszczonego nieodpowiednim pokarmem (a za naturalny uważam pokarm matki lub mamki), należy zwracać uwagę głównie na tę okoliczność, ażeby pokarm był wystarczający i pożywny, ażeby osesek mógł ilość pokarmu, potrzebną dla budowy ciała i dostatecznego odżywienia, przyswoić bez szkody dla narządu trawienia; ażeby zaś módz ocenić, o ile dany pokarm wywiera na ustrój wpływ korzystny lub szkodliwy, należy według Czernyego uwzględnić następujące okoliczności: 1) wywiady i stan zdrowia dziecka; 2) jakość i ilość pokarmu i sposób podawania pokarmu; 3) zachowanie się wagi ciała; 4) czynność przewodu pokarmowego i innych narządów — wreszcie 5) warunki, wśród których się spostrzeganie wykonuje. Bendix przemawia za karmieniem podług Heubnera ($^2/_3$ mleka $^1/_3$ wody), gdyż zwiększony dopływ białka nietylko nie szkodzi, ale osesek traci przytem rozwolnienie i przybiera na wadze. Doświadczenie jego poucza, że sernik mleka krowiego w niecałkiem prawidłowych warunkach jeszcze względnie dobrze zostaje zużytkowany.

Rozróżniamy trzy rodzaje sztucznego pokarmu: 1) rozmaite rodzaje mleka zwierzęcego; 2) t. zw. konserwy mleka i 3) mączki, grzanki i podobne przetwory. Jakkolwiek z postępem techniki postępuje wyrób środków, mających zastąpić mleko matki, to jednak nie ulega wątpliwości, że tylekroć zachwalane przetwory, jak t. zw. mączki dla dzieci, nietylko nie przynoszą korzyści, lecz wprost wywierają szkodliwy wpływ, sprowadzając jednę z najczęstszych chorób wieku dziecięcego: krzywicę i bezkrwistość. Nierzadko spotykamy się nawet z lekarzami, popisującymi się wynikami karmienia mączką, wskazując na dzieci tłuste, t. zw. „olbrzymie“, które przy bliższem badaniu przedstawiają się jako nalane, ze znacznie rozwiniętą podściółką tłuszczową, przy równoczesnym braku równorzędnego rozwoju mięśni i kości. Przytem fabryczne te przetwory wywierają wpływ szkodliwy na ustrój przez zmniejszenie odporności przewodu pokarmowego, stając się przyczyną tak częstej choroby przewodu, jak cholera dziecięca.

Przechodząc do omówienia wyników ostatnich lat należy na pierwszem miejscu wymienić Heubnera mąkę zwyczajną, którą oseski nawet przed końcem czwartego miesiąca życia obficie zamieniają w cukier i chłoną. Nawet w przebiegu chorób przewodu pokarmowego Heubner chętnie podaje przejściowo mąkę, uważając ją za korzystny środek leczniczy, opierając się na badaniach Hoppe-Seylera nad trawieniem mąki, które wykazały, że mąka przeszkadza gniciu białka i w ten sposób zapewne zmniejsza tworzenie się istot toksycznych. Wyraźnie jednak Heubner kładzie nacisk na to, że polecając ten pokarm nie myśli wcale wracać do dawniej podawanych papek, gdyż liczba kaloryj, wprowadzanych przez mąkę, jest daleko mniejsza,

niż liczba kaloryj, zawartych w tej samej objętości mleka kobiecego lub krowiego, a oprócz tego pokarm ten zawiera zamało białka i tłuszczu, a natomiast trudno strawne węglowodany. Ze stanowiska fizyologicznego należy przy sztucznem karmieniu kłaść główny nacisk na doprowadzenie odpowiedniej ilości kaloryj, przyczem ilość podanego białka nie powinna zejść poniżej pewnej granicy; dlatego też nie wchodzi w rachubę, w jakiej formie kalorye zostają wprowadzone do ustroju. Czerny uważa zastąpienie kaloryj mleka rozcieńczonego zapomocą cukru mlekowego za nieodpowiednie; ważnem jest wiedzieć, nie ile kaloryj jest zawartych w pokarmie oseska i ile ulega wchłonieniu, lecz ile ulega spaleniu. Heubner staje w sprzeczności z badaniami chemicznemi Schlossmanna, który zbija twierdzenie Carstensa, współpracownika Heubnera, jakoby przez odjęcie mąki, wydalonej z kałem, od mąki, wprowadzonej do ustroju, można obliczyć ilość mąki wchłoniętej przez ustrój. Ta część mąki nie uległa wessaniu, lecz znikła przez rozkład i kiśnienie. Usprawiedliwienie dla swojego twierdzenia znajduje Heubner w doświadczeniu klinicznem, przekładając je nad badanie w pracowni chemicznej. Do zdania Schlossmanna przychyla się praktyk berliński Fürst, uważając, że mączki na stałe pokarmu naturalnego zastąpić nie mogą, działając szkodliwie z powodu wielkiej ilości węglowodanów. Zaleca przeto mączki, przygotowane na mleku zagęszczonem i z mąki preparowanej, którą przez dyastazę zamieniono w cukier; mogą one atoli służyć tylko jako uzupełnienie pokarmu. W Anglii Robertson, badając skład i używanie mąki, jako pokarmu dla osesków, doszedł do przekonania, że mąka pszenna, zmięszana ze słodem lub wyciągiem słodowym, które zamieniają skrobię na glikozę i maltozę, nadaje się dla całkiem małych dzieci. Zaczyn trzustki, dodany do skrobi lub mleka, powoduje rodzaj trawienia poprzedniego, nadaje się dla dzieci, jako łatwo strawny pokarm, w którym cała skrobia przez dyastazę ulega zamianie na dekstrynę, maltozę i glikozę. Mięszanina skrobi i dekstryny jest łatwo strawna, a zmięszana z mlekiem sprawia, że sernik ścina się w delikatne strzępy. Nie nadają się dla osesków te przetwory, które zawierają niezmienioną skrobię, gdyż te nie ulegają strawieniu. Według Robertsona najlepiej zastąpić pokarm matki rozcieńczonem mlekiem krowiem, z dodatkiem słodu i małej ilości śmietany. (c. d. n.)

## III. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

*Przez **Dra Zygmunta Wąsowicza**, b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

(Dokończenie).

6. Kąpiele słoneczne. Przez kąpiele słoneczne należy rozumieć wystawienie nagiego ciała, z wyjątkiem głowy, na działanie promieni słonecznych. Wpływ fizyologiczny tych kąpieli na ustrój ludzki nie jest jeszcze dotąd dostatecznie znany. Wiadomo tylko, że pod działaniem promieni słonecznych zwiększa się produkcya ciepła w ustroju i ilość wydalanej pary wodnej.

Polecane bywają w leczeniu blednicy, zołzów, krzywicy i dny, jak niemniej u ludzi starych i ozdrowieńców po ciężkich chorobach. Urządzenia do kąpieli słonecznych w Krynicy znajdują się przy Zakładzie wodoleczniczym.

7. Kąpiele elektryczne. Najlepszym sposobem elektryzowania ogólnego jest kąpiel elektryczna, wśród której całe ciało, z wyjątkiem głowy, wystawione bywa równomiernie na działanie prądu elektrycznego. Rozróżniamy kąpiele elektryczne z prądem stałym i przerywanym, jedno- i dwubiegunowe, a z tych najwięcej wydoskonalone i odpowiednie celowi są dwukomorowe kąpiele według sposobu Gärtnera.

Skutki fizyologiczne tych kąpieli objawiają się głównie w zakresie nerwów czuciowych i ruchowych, oraz mięśni, natomiast na przemianę materyi nie wywierają wpływu znacznego. Ogólnie rzecz biorąc, przypisuje się kąpielom elektrycznym (zwłaszcza z prądem przerywanym) działanie orzeźwiające i podnoszące odżywienie przez pobudzenie łaknienia. Sprowadzać również mają sen u osób wrażliwych, nerwowych i cierpiących na bezsenność. Podnieść wreszcie należy wybitny i dodatni wpływ ich na wyobraźnię chorych wrażliwych.

Główne zastósowanie znajdują kąpiele elektryczne w leczeniu nerwic ogólnych.

Urządzenia dla tych kąpieli w Krynicy znajdują się również przy Zakładzie wodoleczniczym.

8. Gimnastyka lecznicza. Niepoślednie usługi w leczeniu niektórych stanów chorobowych może oddać gimnastyka lecznicza. Zakład gimnastyczny istnieje w Krynicy od lat 12 tu i zostaje pod kierunkiem uzdolnionego nauczyciela gimnastyki.

9. Środki odżywcze. W każdem leczeniu ważną rolę spełniają dobre przetwory odżywcze. Z przetworów takich, wyrabianych w miejscu, zasługują na wymienienie mleko zwyczajne, mleko wyjałowione, żentyca i kefir.

Każdy z wymienionych środków leczniczych posiada pewną, niezaprzeczoną wartość leczniczą, stwierdzoną i na podstawie doświadczenia i naukowo przeprowadzonych badań. Razem stanowią obszerną gromadę środków leczniczych właściwych, z której odpowiednio do choroby i postępu w leczeniu można dowolnie wybierać najodpowiedniejszy, można kilka z nich równocześnie stósować, albo też kolejno w porządku, jaki z przebiegu leczenia okaże się najlepszym.

Z pomiędzy nich podnieść jeszcze raz na tem miejscu należy nadzwyczaj korzystne działanie wewnętrznego używania wody krynickiej w niektórych chorobach żołądka. Tymczasem z chorobami tego rodzaju spotkać się w Krynicy, należy prawie do wyjątków. Przyczyną tego jest zapewne, że wszystkim chorym na żołądek poleca się z reguły przeprowadzenie leczenia w Karlsbadzie. Nie zmniejszając w niczem znaczenia, jakie sobie Karlsbad zdobył w leczeniu chorób żołądka, trudno nie zauważyć, że przecież znaczna część chorych, wysyłanych z naszego kraju do Karlsbadu, mogłaby i w Krynicy leczyć się z równą właściwie korzyścią. Że tak jest istotnie, świadczą spostrzeżenia prof. Dra Dietla i spostrzeżenia w klinice lekarskiej prof. Dra E. Korczyńskiego, dokonane przez Piątkowskiego. Skuteczność więc wody krynickiej w chorobach żołądka jest rzeczą znaną i stwierdzoną naukowo. Jak z jednej strony, pisząc o Krynicy, było moim obowiązkiem o tem przypomnieć, tak z drugiej strony obowiązkiem jest tych Kolegów, którzy chorych wysyłają do zdrojowisk, wybierać z dwóch, lub więcej, jednakowe przedstawiających dla chorego korzyści, zdrojowisko krajowe.

Za nowe wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy uważać należy niektóre choroby serca i skazę moczanową. W pierwszych głównym czynnikiem leczniczym są kąpiele mineralne, które wpływają dodatnio na ułatwienie krążenia krwi i skrzepiają wybitnie mięsień sercowy. Do leczenia tych chorób nadaje się również teren krynicki, a zaprowadzenie koniecznych urządzeń do leczenia terenowego jest już postanowione w najbliższej przyszłości. Co do skazy moczanowej, to w leczeniu jej, według Noordena, najlepszym środkiem okazały się sole wapniowe, które tak obficie występują w wodzie ze źródła głównego.

Spostrzeżenia i wyniki leczenia w Krynicy, tak w chorobach serca, jak i skazy moczanowej, pozwalają rokować uzasadnioną nadzieję, że i ten zakres wskazań znajdzie również obszerniejsze, niż dotąd zastósowanie.

Działanie środków leczniczych właściwych wspiera liczny szereg czynników pomocniczych. Do takich zaliczyć należy własności fizyczne zdrojowiska, wypływające z jego klimatu i wzniesienia ponad poziom morza. Wpływ tych czynników na ustrój zaznacza się na narządzie oddechania i krążenia, a zarazem stanowi silny bodziec dla narządów krwiotwórczych. Obok tego suchy grunt górski, znaczniejsze nasilenie promieni słonecznych, mniejsze wahanie ciepłoty powietrza, jego czystość i większa zawartość ozonu, niebo wreszcie pogodniejsze, stwarzają warunki korzystne dla leczenia.

Stosunki zdrowotne, jakie już sama przyroda daje, należy utrzymywać przez odpowiednie urządzenia na należytej stopie, ulepszać je i pomnażać. I w tym kierunku w ostatnich czasach wiele w Krynicy uczyniono. Rozciągnięto mianowicie ścisły dozór lekarski nad zakładami spożywczymi i nad rzeźnią, wybudowano w roku 1898 dom izolacyjny dla chorych zakaźnych, zaopatrzono zakład w dokładne przyrządy odkażające, i sprowadzono w roku 1899 doskonałą wodę do picia.

W końcu wypada choćby w paru słowach wspomnieć jeszcze o czynnikach znaczenia wprawdzie już niezasadniczego, właściwych każdemu zdrojowisku większemu, które nie zostają bez wpływu dodatniego na przebieg leczenia, szczególniej u chorych nerwowych. Mam tu na myśli zupełną zmianę trybu życia, tak pod względem fizycznym, jak umysłowym, usunięcie się od zajęć zawodowych, przebywanie w świeżem i czystem powietrzu, korzystniejsze zużytkowanie dnia na spoczynek, sen, lepsze odżywianie się, przechadzki i pożyteczne dla zdrowia rozrywki, jakich szczególniej Krynica podostatkiem dostarcza swym gościom kąpielowym.

## IV. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

**Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.**

### Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał

**Dr. Jan Opolski**

elew kliniki lekarskiej.

(Dokończenie).

#### Hedonal.

Hedonal (Methylpropylcarbinol-urethan) wzoru

$$\left.\begin{matrix} CH_3 \\ C_3H_7 \end{matrix}\right\rangle CHOCONH_2$$

przedstawia się jako białe krystaliczne igiełki. Rozpuszcza się łatwo w wyskoku, w wodzie trudno. Smakiem przypomina mentol. Polecany jest jako środek nasenny. Doświadczenia (prof. Dresera) na psach wykazały, że hedonal nie wywiera żadnego wpływu na narząd krążenia i oddechowy. Ciepłotę ciała ma obniżać, ale dopiero w czasie głębokiego snu. Ilość moczu zwiększa się.

1. Chl. *Neurasthenia.* Najwięcej dokucza chorej bezsenność i uczucie mrowienia, które ma odczuwać po całej skórze. Po dawce 0·5 hedonalu, zażytego o godzinie 9 wieczór, chora zasypia w godzinę. Z małemi przerwami śpi do 7 rano. W 15 minut po zażyciu tego leku, czuje się spokojniejszą, weselszą i stan swój określa słowami: „doznaję jakiegoś uczucia przyjemnego.“ Sen chorej miał być lekki i pokrzepiający. Rano czuje się jakby otumanioną. Ubocznego działania, jak bólów głowy, nudności itd. chora nie odczuwała. Dawkę wkrótce trzeba było podwyższyć do 2 gramów. Sen zawsze występował, ale dopiero w godzinę po zażyciu hedonalu.

2. Ż. *Enteroptosis in ind. nervoso.* Chora ta zgłosiła się do kliniki z powodu bólów głowy i bezsenności. Hedonal w dawce 0·5 i 1·0 nie działa, dopiero 1·5 g. sprowadza sen. Wśród białego dnia, zażywając 2·0 hedonalu przeciw bólom głowy, zasypiała chora na 2 godziny, budząc się bez bólów. Trional w dawce 1·0 sen sprowadzał także, lecz rano budziła się chora z bólami głowy.

3. E. I. 10. *Hysteria maj. gradus.* Dopiero po 2·0 chora zasypiała, ale żaliła się zawsze na silne bóle głowy. Dawką od 0·5—1·5 snu sprowadzić nie można było.

IV. M. *Gonitis rheumatica in ind. nervoso.* Zasypiała zawsze w pół godziny po zażyciu 1·5 hedonalu; budząc się nie skarży się na żadne przypadłości.

V. Dz. *Chloro-anaemia.* Uskarża się na bezsenność. Hedonal w dawce 0·5 i 1·0 snu nie sprowadza; dopiero po zażyciu 2·0 śpi całą noc, budząc się bez bólu głowy. Trional w ilości 1·0 działał usypiająco, ale wywoływał zawsze bóle głowy.

VI. R. *Nephritis mixta.* Chory cierpi na bóle głowy i bezsenność. U tego chorego w 15 minut po zażyciu 2·0 hedonalu występuje głęboki sen, trwający 3 godziny, poczem zażywa chory drugie 2 gramy i w pół godziny zasypia znowu.

Również skutecznym okazał się hedonal przeciw bezsenności, jaka występowała u ozdrowieńców, czy to po zapaleniu płuc, czy też po durze brzusznym. Dawką 1·5—2·0 sprowadzić można było zawsze sen spokojny bez żadnych następowych przypadłości. Z doświadczeń naszych okazało się, że hedonal w ilości 2·0 sprowadza rzeczywiście sen, z następowem uspokojeniem psychicznem w tych przypadkach tylko, w których bezsenność wywołaną była czy to osłabieniem ogólnem, czy też nerwicami, jak neurastenia lub histerya, ale niezbyt ciężka.

Jak i czy działa w chorobach umysłowych, własnych doświadczeń nie posiadamy. Objawów ubocznych nie zauważyliśmy nigdy.

## V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Przeciwieństwem zadumy jest *mania affectiva*, polegająca na intrapsychicznej hiperkinezie, która sprowadza chorobowe ułatwienie i przyspieszenie kojarzenia myśli w postaci tak zwanej gonitwy myśli. Gonitwa myśli nie polega na szybszem przewodnictwie myśli między *A—Z*, toby bowiem świadczyło tylko o wyższem uzdolnieniu i większej bystrości umysłu; lecz polega na tem, że bieg myśli nie jest w *A—Z* tak jednolitym, jak w stanie zdrowia, że każde ogniwo kojarzeń między *A—Z* staje się punktem wyjścia nowych odrębnych myśli, które w stanie zdrowia stanowią uboczne stale stłumiane skojarzenia. Przy prawidłowem myśleniu zachodzi zawsze pewne skupienie, t. j. tłumienie wszelkich ubocznych skojarzeń, któreby były przeszkodą głównemu prądowi myśli. W przebiegu obłędu (manii) braknie tego skupienia, a ztąd bieg myśli jest nieuporządkowany, a sąd rozważny o zdolnościach własnych zniesiony. Na tem tle powstaje uczucie wzmożonych zdolności własnych, które jest przeciwieństwem do uczucia niedomogi własnej u melancholików. W zadumie górowało uczucie nieszczęścia, tu chorobowe uczucie szczęścia i euforyi. Zrazu może jeszcze chory przy wysiłku uwagi chwilowo podołać łatwym sprawom myślenia; jeźli jednak choroba się wzmaga, to myśli mknące stają się coraz bardziej nieuporządkowane i bez związku wzajemnego *(incohaerentia)*, wskutek czego mowa chorych przedstawia beztreściwe bredzenie, a chorzy objawiają zamięszanie. Ten stan cechuje obraz manii z zamięszaniem *(verworrene Manie)*, stanowiący przeciwieństwo do obrazu *melancholiae depressivae.* Zdarza się nieraz, że mania uczuciowa *(mania affectiva)* przechodzi w manię z zamięszaniem i odwrotnie. Z objawem chorobowej euforyi łączy się podniesione poczucie własnej osoby, przebijające się w podniosłem zachowaniu się chorego względem otoczenia. Przekonanie o swej psychicznej wyższości (autopsychiczna dezoryentacya) staje się podstawą zaznaczonego tylko urojenia wielkości,

które jednak niekiedy i to zwykle przygodnie może się stać bardzo wyraźnem wskutek fantastyczności. Chorobowa euforya stwarza także skłonność do wybuchów gniewu; wzmożenie czynności kojarzenia jest znowu powodem ustawicznego zajmowania się wszystkiem [1]), co się w otoczeniu chorych dzieje, jest ono powodem łatwych postanowień i podejmowań działania. Popęd do czynności i mówienia może się spotęgować do niszczenia przedmiotów, otaczających chorego, do tańców, skoków, śpiewów i hałasów. Ważnym objawem jest zrównoważenie (niwelacya) wyobrażeń, które polega na tem, że wskutek wzmożenia pobudliwości dróg intrapsychicznych (hiperfunkcya) zostaje zatartą różnica między wyobrażeniami wartości prawidłowej, a wyobrażeniami nadwartościowemi. Skoro zaś te ostatnie, jak wiemy, stanowią motywy naszego działania, podstawy charakteru, przeto maniacy muszą okazywać zboczenia charakteru z powodu wyrównania wyobrażeń, a zatem braku wyobrażeń nadwartościowych treści etycznej. Zmiana charakteru na gorsze objawi się w wyższym stopniu u tych maniaków, których charakter już w stanie zdrowia pozostawiał do życzenia. Charakter maniaków odznacza się brakiem współczucia dla innych chorych, pewną brutalnością i egoizmem. Chory kradnie, oszukuje i kłamie, usprawiedliwiając zupełnie uczynki te u siebie, a potępiając je bezwzględnie u drugich. Wygórowany zwykle popęd płciowy objawia i zaspakaja w sposób bezwzględny i bezwstydny. W przebiegu manii mogą przygodnie pojawiać się fonemy podniosłej treści; gromadne zaś omamy zjawiają się tylko w manii z zamięszaniem. Stan cielesny chorych przez długi czas jest niezamącony, a przyczyną tego jest podniosły nastrój chorego, który wpływa korzystnie na łaknienie, przemianę materyi i krążenie; natomiast po dłuższem trwaniu choroby znużenie fizyczne, skutkiem nadmiernej ruchliwości i bezsenność, upośledza odżywienie. Mania wybucha zwykle ostro i szybko się wzmaga; utrzymuje się w pewnem nasileniu przez tygodnie lub miesiące, a potem ustępuje nieco wolniej, niż narastała w objawach. Stanowi ona najbardziej uleczalną ze wszystkich ostrych psychóz. W przebiegu jej zdarzają się nieraz wielokrotnie przerwy wolne (*lucida intervalla*), trwające przez kilka godzin lub dni, w których chory przedstawia się znużonym, a nawet przygnębionym, gdy wystąpi świadomość choroby i jej poprzednich objawów (zachowania się chorego). Przerwy te mogą być mylnie uważane za ustępowanie choroby. Rozpoznanie manii łatwe.

Mania porażenna *(mania paralytica)* przedstawia tensam zbiór przypadów, co mania czysta, lecz z dodatkiem objawów ze strony układu rzutowego i wczesnych znamion niedołęztwa, zwłaszcza zaś utraty zdolności zapamiętania. Urojenie wielkości bywa tu zwykle wyraźne o charakterystycznem zabarwieniu fantastycznem i niedołężnem. Mania porażenna może przy wczesnem leczeniu ustąpić, lecz zwykle potem powraca, aby przejść w zupełne niedołęztwo. Postać paranoiczna niedowładu postępowego, czyli *autopsychosis expansiva acuta paralytica* odznacza się ostrem wystąpieniem fantastycznego urojenia wielkości, bez objawów manii, lub objawów defektu (niedołęstwa), względnie i objawów ze strony układu rzutowego. Postać, zwana przez Kahlbauma *progressiva divergens*, odznacza się szybko potęgującem się fantastycznem urojeniem wielkości i objawami czystej manii, przyczem jednak nie przychodzi nigdy do porażeń lub pognębienia duchowego. Postać ta jest bardzo rzadka. Wreszcie zdarzają się stany maniakalne, jużto jako fazy złożonych, okresowych psychóz, już też jako kombinacye dwóch lub kilku zasadniczych postaci chorobowych. Zachodzący między manią a zadumą stosunek przebija się w tem, że 1) lekki stopień jednej z nich zwykł się pojawiać w okresie ozdrowienia z drugiej. Czas trwania takiego stanu maniakalnego pod koniec zadumy lub stanu melancholicznego pod koniec manii, liczy się na dnie lub tygodnie; 2) w tem, że mania należy do chorób, posiadających największą skłonność do nawrotów, przyczem między jednym a drugim nawrotem upływają lata, później skraca się coraz bardziej trwanie tej przerwy wolnej. Rzadziej spotykamy nawroty w zadumie; natomiast może zamiast nawrotu manii pojawić się zaduma tak zwana zastępcza. Wreszcie zdarza się kombinacya obu tych chorób, polegająca na tem, że jedna następuje po drugiej, przyczem rozdziela je przerwa wolna, t. j. stan pozornego zdrowia, trwający albo tak krótko, że uchodzi uwadze naszej, albo też dłużej, przez dnie i tygodnie. Choroba ta zowie się obłąkaniem okresowem. Wybitne postacie tej choroby są nieuleczalne, a rozpoznanie ich możliwe, gdy się już kilka nawrotów manii i zadumy u chorego zauważyło. Zarazem obraz manii i zadumy bywa bardzo nieznaczny tak, iż chorzy na krótki tylko czas tracą zdolność do brania udziału w życiu społecznem. Obłąkanie okresowe nie sprowadza nigdy zniedołężnienia. Czas trwania okresów manii lub zadumy w psychozie okresowej jest o wiele krótszy, niż manii lub zadumy samoistnej, i wynosi średnio kilka miesięcy. Podczas gdy w obłąkaniu okresowem okresy manii są co do objawów zawsze jednakie, to nawroty zwykłej, t. j. manii czystej, przybierają cechy manii z zamięszaniem. Mania ostra nie staje się nigdy przewlekłą. Mania przewlekła zdaje się stanowić zejście innych ostrych psychóz, a odznacza się objawami manii ostrej z cechami choroby przewlekłej, t. j. że gonitwa myśli jest umiarkowana i pozostaje pod wpływem pewnej rozwagi, a wesoły nastrój nie jest tak wybitny. Natomiast chorzy tacy, nie zwracając uwagi na przepisy prawne i obyczajowe, popadają z nimi często w kolizye.

Hiperkinetyczna psychoza ruchowa odznacza się przebiegiem okresowym, przerywanym, przy szybkiem, zwalniającem pojawianiu się nawrotów. Wydarza się ona przeważnie u osób młodych, a u kobiet łączy się z pojawianiem się regularności, lub z okresem połogowym *(mania puerperalis* ginekologów). Pierwszy jej napad poprzedzają nieraz takie zwiastuny, jak bezsenność, bóle głowy, wewnętrzny niepokój, zaburzenia naczynioruchowe. Napad trwa zwykle króciej, niż miesiąc, z wyjątkiem napadów, odpowiadających szczytowi choroby, które są dłuższe. Tak zwana „mania okresowa“ autorów odpowiada po największej części tej w mowie będącej psychozie. Psychoza ta należy do najczęstszych postaci psychóz menstruacyjnych i połogowych, a odznacza się występowaniem rzekomo samoistnych ruchów. Ruchy te są jednakie, powtarzające się, z czasem nawet rytmiczne; ruchom tym chorych odpowiada w mowie wielomówstwo. Ruchy rzekomo samoistne są przesadne, nieraz teatralne (zbliżają się do histerycznych, lecz różnią się od tych tem, że chory je wykonuje, choć się nań nikt nie patrzy) i z wielkim wysiłkiem mięśni podejmowane. Zasadniczą cechę tych ruchów, odróżniającą je od obłędów ruchowych przy kombinowanych złudzeniach i od ruchów reaktywnych przy obłędzie opilczym stanowi ich bezcelowość i bezmyślność. Ruchy te nie mają żadnej psychologicznej podstawy, a są wyłącznym wynikiem zaburzenia identyfikacyi w drodze od $Z—Cm$, zatem psychomotorycznej. Zwykle nie towarzyszy temu popędowi do ruchów popęd do mówienia; owszem, występuje tu nieraz niemota, jeźli zaś istnieje popęd do mówienia, to polegając również na zaburzeniu dróg psychomotorycznych mowy, przejawia się jako monotonne, bez związku i treści powtarzanie słów urywanych (werbigeracya), potęgujące się czasem do nieuzasadnionego krzyku i ryku. Różnica tej psychozy od manii, odnośnie do popędu mówienia, zasadza się więc na tem, że mowa tu jest monotonną, a zamiast gonitwy myśli zjawia się rozprzężenie myśli (inkoherencya). Stale zauważa się w tej postaci hipermetamorfoza. Powyższe cechy czynią rozpoznanie łatwem, a tylko gdy zachodzi lekki stopień rzekomo samoistnego, czyli psychomotorycznego popędu mówienia, może rozpoznanie sprawiać trudności. W tych razach uderza atoli sprzeczność zachodząca między wysiłkiem chorego, aby treść mowy była uporządkowaną, a psychomotorycznym popędem. Wskutek

[1]) Objaw, zwany „hipermetamorfozą“ zdarza się tylko w manii z zamięszaniem.

tego staje się mowa nienaturalnie śpiewną, deklamującą, o tonie kaznodziejskim, stylu najczęściej biblijnym, o treści jednostajnej i powtarzającej się. Ruchy rzekomo samoistne tych chorych noszą raz cechy dowolnych, innym razem mimowolnych, a są one albo ruchami oddziaływania (reaktywne), albo też początkowania (inicyatywne) lub ekspresyi.

Podobne objawy spotyka się w przypadkach ciężkiej pląsawicy *(chorea minor)* z tą jednak różnicą, że popęd do ruchów nie polega tu już na zaburzeniu psychomotorycznej identyfikacyi, lecz na wypadnięciu wrodzonych wzajemnych czynności mięśni, zatem wprost na objawach porażnych, widocznych w opadaniu głowy ku dołowi, niemożności stania, siedzenia, chodzenia itd. Chorzy ci okazują ogólną niezborność, a mowa ich i połykanie są również upośledzone. Tym ciężkim postaciom pląsawicy towarzyszą nieraz objawy maniakalne, t. j. popęd do mówienia, gonitwa myśli, bezwzględność odnośnie do zasad etyki, drażliwość i skłonność do gniewu. Czasem zdarzają się postacie przejściowe między hiperkinetyczną psychozą ruchową a psychozą pląsawiczą. Hiperkinezę tych postaci można nazwać popędem pląsawiczym do ruchów. Spotykamy go nieraz w stanach popadaczkowych głębokiego zamroczenia, a bywa on wtedy krótkotrwałym, t. j. najwyżej kilkodniowym. Spotykamy go także w niedowładzie postępującym, przyczem w początkowym okresie tej choroby bywa on jednostronnym i podobnym do ruchów typowej pląsawicy, w końcowym zaś jej okresie przedstawia się jako tygodniami trwające taczanie się zapomocą tułowia, zdaje się także w stanie zamroczenia. Przeciwieństwo do tych stanów podrażnienia, udzielających się ruchowemu polu rzutowemu, stanowią czynności popędowe, np. popędowe rzucanie przedmiotami, popędowe wymawianie obelżywych słów i t. d., które powstają wskutek hiperkinezy. Czasem znowu afekt bezradności w przebiegu psychóz zniewala chorego do różnych ruchów, np. niespokojnego błądzenia, zmiany miejsca, monotonnego jęczenia, kurczowego chwytania się osób drugich i t. d. Te ruchy bezradnego ruchowego niepokoju są psychologicznie usprawiedliwione afektem, chociażby nawet chorobowym. W hiperkinetycznej psychozie ruchowej zauważa się czasem hipermetamorfotyczny popęd do ruchów. Tasama bowiem przyczyna, która wywołuje hipermetamorfozę i zmusza chorego zwracać uwagę na obecne wrażenia zmysłowe, musi także skłaniać go często do podjęcia ruchów, wiążących się z temi wrażeniami zmysłowemi. Tak np. gdy chory musi zwrócić swą uwagę na umywalnię, poczyna się myć. Ten hipermetomorfotyczny popęd do ruchów zdarza się także w stanach majaczeń, np. w niedowładzie postępującym. Z powyższych uwag wynika, że w przebiegu różnych ostrych psychóz, a więc nietylko w hiperkinetycznej psychozie ruchowej, występuje mniej lub więcej silny niepokój ruchowy, będący wynikiem różnych przyczyn. Laik nazywa każdy niepokój obłąkanych szaleństwem gwałtownem *(Tobsucht)*, które zatem nie stanowi żadnego rozpoznania, a tylko nazwę popularną jednego objawu, wywołanego w różny sposób. Rozpoznanie hiperkinetycznej psychozy nie sprawia trudności, jeżli się uwzględni jako główną jej cechę, t. j. jako pierwotny objaw, popęd do psychologicznie nieusprawiedliwionych ruchów, Psychozę tę możnaby pomięszać tylko z manią, zwłaszcza z zamięszaniem, zwykle także nawracającą okresowo. Rokowanie zwykle jest dobre, nawet bez względu na zachodzące obciążenie dziedziczne. Leczenie winno polegać na leżeniu w łóżku na kilkogodzinnych, lub nawet stałych, ciepłych kąpielach. Podawanie narkotyków i środków sen wywołujących jest przeciwwskazane; natomiast stosowanie podskórne hyoscyny w dawkach od $^1/_4$ do $^1/_2$ mlg. ma bardzo korzystny i zdaje się swoisty wpływ.

Mania z zamięszaniem przedstawia psychozę, która się zaczyna i kończy objawami manii, zaś na szczycie swym traci znamiona manii, a zyskuje różne, nieodpowiające manii objawy. Z objawów manii istnieje w tym obrazie gonitwa myśli i popęd do ruchów i do mówienia; z objawów obcych manii występują zaburzenia identyfikacyi psychosensoryczne i psychomotoryczne, jako skutki podrażnienia. Jeżeli wstępny i końcowy okres czysto maniakalny jest krótkim, to możnaby taki obraz manii z zamięszaniem nazwać także zamięszaniem ruchliwem *(agitirte Verwirrtheit)*, zależnie od jakości zaburzeń psychoczuciowem lub psychoruchowem. W pierwszym razie polega ruchliwość chorego na odruchowym popędzie do mówienia i popędzie do ruchów wskutek podrażnienia sfery psychoczuciowej; w drugim razie obraz zgadza się z hiperkinetyczną psychozą ruchową. Zwykle zachodzą postacie mięszane, t. j. polegające na zadrażnieniu obu sfer: czuciowej i ruchowej; istnienie postaci czysto ruchowej jest jeszcze wątpliwe.

Gonitwa myśli, będąca wyrazem intrapsychicznej hiperfunkcyi, pozwala wyróżnić co do swego natężenia trzy stopnie. Pierwszy stopień uporządkowanej i drugi bezładnej gonitwy myśli zachodzą jeszcze w czystej manii; pierwszy stopień odznacza się nadto i tem. że kojarzenie myśli odbywa się wedle treści, drugi zaś stopień tem, że myśli kojarzą się wedle podobieństwa brzmienia, rymu itd. Trzeci stopień gonitwy myśli, zachodzący tylko w manii z zamięszaniem, odznacza się rozprzężeniem (inkoherencyą) myśli, i odpowiadające im, popędowo wymawiane słowa (nieraz tylko części słów) nie stoją ze sobą w żadnym związku. Mania z zamięszaniem stanowi nieraz okres szczytowy czystej manii; najczęściej zdarza się ona jako mania okresowa, której napady poprzedzają u kobiet pojawienie się miesiączki.

Okresowa maniakalna alopsychoza odznacza się objawami manii z zamięszaniem, a nadto zapoznawaniem przez chorych miejsca, czasu, przedmiotów, osób i położenia, słowem alopsychiczną dezoryentacyą, nie dającą się wytłómaczyć nawet bardzo znacznem rozprzężeniem myśli (inkoherencyą).

Postaci, którą Meynert nazwał „amentia“, a inni autorzy „ostrem obłąkaniem“, „zadumą z podnieceniem, z otępieniem“ itd., W. nie uznaje za jednostkę chorobową, albowiem obejmuje ona tak, jak ją zresztą genialnie opisał i określił Meynert, ostre auto-, alo-, somatopsychozy, psychozy ruchowe i wzajemne ich kombinacye. Ponieważ skojarzenia w zakresie świadomości cielesności są najsilniejsze i najtrwalsze, mniej ścisłemi zaś są skojarzenia w zakresie świadomości świata zewnętrznego, a najmniej ścisłe w zakresie świadomości własnej osoby, przeto każda szkodliwość najpierw niszczy skojarzenia, tyczące się świadomości własnej osoby, potem świata zewnętrznego, a najpóźniej cielesności.

Obraz pierwotnego zamięszania *(primaere Verwirrtheit)* polega na wyczerpaniu czynności myślenia, zatem na defekcie przy braku gonitwy myśli. Skutkiem wyczerpania umysłowego istnieje brak alopsychicznego oryentowania się, chorzy nie rozumieją nieco zawilszych pytań, na proste zaś zapytania, skoro usilnie zwróci się im na nie uwagę, odpowiadają trafnie. Z powodu wyczerpania zdolności kojarzenia uderza, jak u tych chorych każda podnieta z trudnością, lub wcale się nie udziela dalszym ogniwom kojarzenia. Chorzy ci nie ulegają silnym afektom. Stan ten, stanowiący przeciwieństwo do opisanego już ruchliwego zamięszania, możnaby nazwać zamięszaniem astenicznem, odznaczającem się nadto trudnością skupienia uwagi, upośledzeniem zdolności zapamiętania, ogólnem osłabieniem cielesnem i podupadłem odżywieniem. Stan ten stanowi zwykle następstwo ostrych psychóz wyniszczających, zwłaszcza manii z zamięszaniem, wobec czego nazwa jego „pierwotne zamięszanie“ może się odnosić tylko do rzadkich przypadków, w których tensam obraz z dodatkiem objawów ruchowego i czuciowego podrażnienia (jednostajnymi rzekomo samoistnymi ruchami, hipermetamorfozą i fonemami) występuje samoistnie i po kilkomiesięcznem trwaniu kończy się zupełnem wyzdrowieniem. (C. d. n.).

## VI. Wyciągi.

Krummacher. **Przyczynek do techniki i wskazań rozszerzania macicy.** *(Berl. klin. Wochen. 1901 Nr. 11).* W klinice Gusserowa używają do rozszerzania przewodu szyjki macicznej balonów gumowych Champetier de Ribesa, przechowywanych na sucho, które dopiero przed użyciem oczyszczają zwykłem mydłem i następnie odkażają sublimatem. Używają ich głównie przy wskazaniach szybkiego ukończenia porodu, przy przedwczesnym odpływie wód w przypadkach, gdzie się ma wykonać obrót zapobiegawczy i przy łożysku przodującem. Jeżeli ujście jest tak mało rozwarte, że najmniejszy nawet numer balonu wprowadzić się nie da, to wprowadza się do ujścia we wzierniku odpowiednie rozszerzadła, a uzyskawszy należyte rozszerzenie ujścia zakłada się dopiero balonik. Postępuje się w ten sposób tylko przy wskazaniu szybkiego ukończenia porodu, gdyż zazwyczaj rozszerza się przewód szyjki tylko gazą, wprowadzoną na kilka godzin do szyjki. O ile rozszerzenie ujścia dozwala, — zakłada się zawsze balon we wzierniku; przy bardziej rozszerzonem ujściu wprowadza się balon po palcach. Jeżeli główka stoi nizko, założenie balonu jest trudnem, a nieraz niepotrzebnem. Czas pozostawienia balonu według przytoczonych historyj chorób wynosił od $2^1/_2$ do 30 godzin. [Czy nie sprowadza jakich złych następstw pozostawienie balonu przez czas tak długi, jak 30 godzin, autor nie podaje. *Przyp. Spraw.]* *P.*

Steffeck. **Przyczynek do leczenia macicy, chorobowo ustalonej.** *(Deutsch. med. Wochen. 1901 Nr. 10—11).* Ustalenie macicy tyłozgiętej sprowadzają przebyte sprawy zapalne na tle rzeżączkowem, połogowem albo po wykonanych zabiegach operacyjnych, nadto sprawy niezakaźne, jak krwotoki z trąbek i jajników, oraz nowotworowe narośle na macicy.

Objawami ustalenia są pojawiające się zmiennego nasilenia bóle, nieregularne krwawienia i niepłodność. Aby wybrać odpowiednio skuteczne leczenie, należy rozpoznać, gdzie i jakie są zrosty, czy są szerokie i zajmują całą ścianę macicy, czy są postronkowate i odchodzą od ściany macicy lub jej rogów, wreszcie — czy prócz macicy są w zrostach i części dodatkowe. Rozpoznanie ułatwia podnoszenie macicy na zgłębniku; pamiętać jednak należy, aby tak zgłębnik, jak i pochwa były przed zastosowaniem zgłębnika należycie odkażone, nadto aby zaniechać tego rękoczynu przy sprawach zapalnych, upławach, a przy podnoszeniu macicy nie używać siły.

Przy ostrych sprawach zapalnych poleca S. spokój, okłady lodowe i czopki z makowcem, dopóki nie ustąpią bóle. Przy sprawach przewlekłych, ale z bolesnością w częściach dodatkowych, stosować tamponowanie pochwy z równoczesnem obciążeniem powłok, gdyż jeżeli ustalenie macicy było spowodowane zmianami w przydatkach, to z ich wyleczeniem nastąpi i ruchomość macicy. Przy zrostach, ustalających samą macicę, żadne leczenie nie daje dobrych wyników: tak gorąco polecane miesienie daje nawet przy zrostach cienkich i rozciągliwych wątpliwy wynik co do doszczętnego usunięcia cierpienia; przy zrostach zaś rozleglejszych pozostaje bez skutku. Jedynie zabieg operacyjny usuwa ustalenie macicy. Z zabiegów operacyjnych zachwala autor szczególnie swój sposób, tak zwany *hysterolysis vaginalis*. Operacyę tę wykonuje S. w ten sposób, że po należytem oczyszczeniu pochwy podnosi kleszczykami część pochwową ku górze i przecina tylną ścianę pochwy, przez powstały otwór oddziela na tępo wszystkie zrosty od macicy i jajników, następnie ściąga część pochwową ku tyłowi, przecina przednią ścianę pochwy, oddziela pęcherz i na tępo rozrywa wszystkie zrosty od przodu macicy. Uruchomiwszy należycie macicę zeszywa przecięte ściany pochwy, przyszywając równocześnie przednią ścianę macicy do przedniej ściany pochwy *(vaginofixatio)*. Operacya ta daje dobre zawsze wyniki, jeżeli było samo ustalenie macicy bez zmian w częściach dodatkowych. Przy równoczesnych zmianach w częściach dodatkowych należy przedsiębrać operacyę tylko wtenczas, jeżeli leczenie zachowawcze zostało całkowicie wyczerpane i wtedy do operacyi tej należy dodać wyłuszczenie zmienionych części dodatkowych i potem dopiero wykonać przyszycie macicy do pochwy.

Według zdania autora nie wystarczy samo oddzielenie zrostów macicy od tyłu; koniecznem jest oddzielić także i zrosty od przodu: mając zaś dostęp do macicy od przodu lepiej od razu wykonać przymocowanie macicy do pochwy, aniżeli później robić dodatkową operacyę Alexandra—Adamsa. Uruchomienie macicy przez laparotomię z następowem przyszyciem macicy do powłok *(ventrofixatio)* należy robić tylko przy znacznych zmianach w częściach dodatkowych. *P.*

Klebs. **W sprawie leczenia gruźlicy.** B. Zakażenie przez przewód pokarmowy. *(Münch. med. Wochs. 1901 Nr. 16).* Jak wiadomo, przypisuje K. wśród szkodliwych działań prątka gruźliczego najważniejsze znaczenie zatruciu jadami (toksynami) gruźliczymi; wynaleziony zaś przez K. środek, tuberkulocydyna (TC), ma rzekomo obok innych posiadać silne własności antytoksyczne i dzięki temu jest, zdaniem K., skutecznym lekiem w gruźlicy niepowikłanej. (Porównaj sprawozdanie w *Przeglądzie lek.* 1901. Nr. 1 str. 7). Obecnie stara się K. wykazać, że nie tylko w gruźlicy płuc, ale i w gruźlicy przewodu pokarmowego główną rzeczą jest działanie nie samego prątka, ale jego jadów. Tem tłomaczy K., dlaczego w niektórych doświadczeniach, zmierzających do wywołania pierwotnej gruźlicy jelit, nie zdołano wywołać pierwotnych zmian w ścianie jelita, lecz naprzód powstawały zmiany w gruczołach krezkowych o cechach zołzów: zdaniem Klebsa i u ludzi podobnie rozwija się zakażenie przez przewód pokarmowy. W takich przypadkach odgrywają rolę, zdaniem K., przedewszystkiem jady, wessane z zawierających je pokarmów zakażonych, a nie znikające z pokarmów nawet wtenczas, gdy się z nich przez wyjałowienie usunie same prątki gruźlicze. Pokarmem takim jest, zdaniem K., przedewszystkiem masło. Wniosek ten opiera K. na spostrzeżeniu, dokonanem na sobie samym. Mianowicie cierpiał on przez pewien czas na uporczywy wyprysk rąk, który uważa za osutkę, (Tuberkulid) wywołaną przez jady gruźlicze, wchłonięte z masłem, spożywanem przez siebie w owym czasie w obfitej ilości. Dowodem tego ma być szybkie wyleczenie wyprysku po wcieraniach tuberkulocydyny w miejsca zajęte, oraz wykazanie w dwóch próbkach masła jakichś istot trujących, działających na zwierzęta w sposób podobny, jak toksyny gruźlicze. [Już w dawniejszych rozprawkach przytoczone przez K. na poparcie swych zapatrywań „dowody“ mało wzbudzały zaufania; o obecnej rozprawce powiedzieć to można w wyższym jeszcze stopniu. *Spraw.]* *C.*

Gerlach. **Przypadek porażenia miejsca przyczepu łożyska.** *(Münch. med. Wochen. 1901 Nr. 11).* Zestawiwszy dostępne sobie piśmiennictwo podaje autor przypadek przez siebie spostrzegany. Dotyczył on pierwiastki, u której po porodzie kleszczowym i odejściu łożyska wystąpiło stałe, ale nie bardzo obfite krwawienie. Poszukując za przyczyną krwawienia znalazł G. w macicy, zupełnie dobrze skurczonej, zagłębienie lejkowate. Wprowadziwszy rękę do jamy macicznej, znalazł w jej wnętrzu guz, odpowiadający lejkowatemu zagłębieniu. Odprowadzenie zagłębienia i następowe miesienie między obu rękami nie mogło sprowadzić skurczu tego odcinka macicy; tak samo ujemny dały wynik przestrzykiwania na przemian zimne i gorące, a nawet i tamponada macicy sposobem Dührssenowskim. Krwotok ustał dopiero po zatamponowaniu macicy gazą, zamaczaną w roztworze sześciochlorku żelaza. *P.*

W. Albert. **Zabieg w porodzie przy miednicy ścieśnionej, polegający na wykonaniu obrotu z natychmiastową ekstrakcyą.** *(Münch. med. Wochen. 1901 Nr. 14).* U pierwiastek ze ścieśnioną miednicą, u której sprzężna *(conjugata vera)* wynosi 7—$9^1/_2$ ctm., należy pozostawić poród siłom przyrody; u wieloródek, według autora, trzeba zawsze wykonać obrót z natychmiastową ekstrakcyą. Aby obrót był lekki i możliwa natychmiastowa ekstrakcya, trzeba starać się utrzymać pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia; w tym celu należy do pochwy zakładać balon w celu podparcia pęcherza. Balonu używa się także dla rozszerzenia ujścia po przedwczesnym odpływie wód i dla wywołania silniejszych bólów porodowych.

Przejście główki przez ścieśnioną miednicę ułatwia ułożenie rodzącej w pozycyi Walcherowskiej; pierwiastkę zaraz po odejściu wód należy ułożyć w tej pozycyi, wieloródkę zaś, jeżeli się dobrze i dużym odcinkiem wstawi główka do wchodu. Przy ekstrakcyi, uwalniając główkę sposobem Veit-Smeliego, z chwilą kiedy się dojdzie palcami do ust dziecka, należy opuścić nogi rodzącej w pozycyę Walcherowską, a wtenczas przeprowadzenie główki przez miednicę ścieśnioną będzie łatwiejsze. *P.*

Loiman. **Zastosowanie kwasu węglowego przy zaburzeniach w miesiączkowaniu.** *(Wiener. klin. Wochen. 1901 Nr. 15).* W kąpielach gazowych doprowadza się kwas węglowy wprost ze źródła, obfitującego w gaz ten, zapomocą rurek do zbiornika, w którym siedzą chorzy, mając głowy umieszczone po nad zbiornikiem. Kwas węglowy, jako cięższy od powietrza, wypełnia cały zbiornik od dołu; nadmiar dopływający odpływa przez otwory, umieszczone u góry, ale zawsze poniżej głowy chorego. Przy tuszach gazowych, używanych w cierpieniach kobiecych, kwas węglowy puszcza się z doprowadzającej rurki do części rodnych przez zwykłą kankę, albo wziernik Holzera. Oba te jednak sposoby niedozwalają kontrolować ilości dopływającego kwasu węglowego, dlatego podaje L. nowy, przez siebie wynaleziony przyrząd, który składa się ze zwykłego wziernika rurkowego, mającego na końcu zewnętrznym szczelnie przylegającą nakrywkę. W środku nakrywki znajduje się otwór z rurką do doprowadzenia gazu; z boku druga rurka odprowadzająca gaz, połączona z odpowiednim przyrządem, który przy naj-

mniejszym przepływie gazu wydaje dźwięk. Użycie jest łatwe i pozwala regulować ilość dopływającego kwasu węglowego. Założywszy wziernik tak, że obejmuje część pochwową, zakłada się na jego koniec zewnętrzny nakrywą, łączy rurkę doprowadzającą ze zbiornikiem kwasu węglowego; przepływający gaz skierowuje się wprost na część pochwową i wypływając rurką odprowadzającą przez odpowiedni przyrząd, wydaje dźwięk tem silniejszy, im mocniejszy jest prąd gazu, co reguluje się zapomocą kurka w rurce doprowadzającej. Pod wpływem kwasu węglowego następuje zaczerwienienie części pochwowej i zwiększona wydzielina; dlatego autor poleca zastosować to leczenie w skąpem miesiączkowaniu, braku miesiączki, ale bez zmian anatomicznych w częściach rodnych, i przy znacznej otyłości. *P.*

J. Rosenberger. **Przyczyny zgorzeli karbolowej** (badania doświadczalne) *Würzburg. A. Stubers Verlag (C. Kabitsch) 1901.* Przeciwgnilne leczenie ran obok olbrzymich zalet posiada jednak wady i kryje w sobie niebezpieczeństwa, nie zawsze dające się uniknąć, bez względu na to, czy użyto do opatrunku rozczynu karbolu, sublimatu lub jodoformu. Oprócz przykrych dla lekarza i chorego drobniejszych działań ubocznych, jak trętwienie i rozmaite inne parestezye, wyprysk i t. p. nie należy zapominać, że zbyt długie działanie środków przeciwgnilnych może wywołać miejscową zgorzel, a rozleglejsze zastosowanie — ogólne zatrucie i nawet śmierć. Z powodu przypadku obumarcia i utraty całego członka palca wskutek zbyt silnego działania kwasu karbolowego, użytego przez zbyt gorliwego kapitana u pewnego majtka do opatrunku nieznacznego skaleczenia, podjął autor cały szereg doświadczeń, aby wyjaśnić właściwą przyczynę zgorzeli karbolowej i wykryć środki, któreby w podobnych przypadkach działały zapobiegawczo. Z doświadczeń tych wynikło, że kwas karbolowy, przyciągając chciwie wodę, osusza naprzód powierzchowne warstwy naskórka, przez co, a może także i przez działanie samegoż kw. karbolowego, naskórek częściowo przynajmniej obumiera i dozwala kwasowi karbolowemu zadziałać na głębsze tkanki. Jeżeli to szkodliwe działanie nie dochodzi wysokiego stopnia, jeżeli silny prąd krwi i limfy rozcieńcza i spłókuje kw. karbolowy, wówczas może jeszcze wszystko się wyrównać; jeżeli jednak to nie nastąpi, wówczas zaczyna kw. karbolowy działać na ściany naczyń, pobudza je do skurczu, przyczem krążenie się zwalnia. Zwolna powstaje przez to zastój w krążeniu; znacznie później dopiero wytwarzają się zakrzepy, gdyż kwas karbolowy posiada własność opóźniania sprawy krzepnięcia krwi. Równocześnie ulega zwolnieniu i w końcu zastojowi krążenie limfy, a to zarówno wskutek bezpośredniego działania kw. karbolowego na naczynia limfatyczne, jak i pośrednio w następstwie zaburzeń w krążeniu krwi. Zastój zaś krwi i limfy sprowadzają w końcu obumarcie tkanek. Okoliczność, że kw. karbolowy zwalniając krążenie, opóźnia także powstawanie zakrzepów, ma o tyle znaczenie, że podniecając krążenie (zapomocą np. ruchów) można zapobiedz zastojowi krwi, a w następstwie i zgorzeli. Szczegół ten zauważano już dawniej (Kunkel). Czynne ruchy części ciała, poddanej działaniu karbolu, przyspieszają jego wymycie z tkanek: wprawdzie przytem może nastąpić ogólne zatrucie, jednakże zazwyczaj zostaje wówczas kw. karbolowy bez dalszej dla ustroju szkody przez nerki wydalony. Oczywiście brak ruchu ułatwia szkodliwe działanie miejscowe kw. karbolowego, którego zgęszczenie potęguje się przytem przez parowanie; w tych razach nie można karbolu wykryć w moczu. *Z.*

Homa (Berno): **Cierpienia stawów w przebiegu płonicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12, 1901). W przeciwieństwie do postaci ropnych pojawiają się najczęściej surowicze zapalenia stawów w przebiegu płonicy w pierwszym lub drugim tygodniu choroby, rzadziej już w trzecim i czwartym. Podniesiona ciepłota ciała, bolesność i obrzęk stawów są wybitnemi cechami; zwykle bywa kilka stawów chorobą dotkniętych, najczęściej staw nadgarstkowy, rzadziej kolanowy, łokciowy, barkowy lub biodrowy, bardzo rzadko zaś — szczękowy. Cierpienie trwa krótko, rokowanie jest dobre, — wyleczenie może nastąpić samoistnie; przetwory salicylowe nie zawsze skutkują, natomiast dobrze działają okłady Priessnitzowskie. Często także można napotkać zmiany w śródsierdziu. *Dr. Henryk Pisek.*

Fr. Prohâzka. **O związku między urazem a gruźlicą.** (*Sbornik klinicky*, T. II, Z. 2). Autor przytacza przypadki gruźlicy płuc, opłucnej, krtani, otrzewnej, opon mózgowych, kości, stawów, pochewek ścięgien i jąder, w których choroba rozwijać się poczęła po poprzednim urazie. Najczęściej bywa tak, że cierpienie istniało już przed urazem; ten jednak ujawnił gruźlicę, przeprowadzając ją ze stanu utajonego w okres ostry. Zwłaszcza w gruźlicy kości i stawów uraz ma wielkie znaczenie. Gruźlica tych narządów, zdaniem autora, nigdy nie bywa pierwotną, lecz zawsze poprzednio już zajęty bywa ten lub ów narząd, a dopiero uraz sprawia, że gruźlica z swego ogniska pierwotnego przenosi się i zajmuje staw lub kość. Całą rozprawę oświetla autor ze stanowiska przyznania lub odmówienia choremu renty, odszkodowania etc. *Herman.*

Dr. C. Lauenstein. **Przyczynek do ocenienia uszkodzeń części miękich stawu kolanowego i wykrycia źródła krwotoku.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901 Nr. 6). W przypadku wybroczyny śródstawowej kolana (haemarthros genu) L. nakłówa staw w okolicy na zewnątrz i ku górze od rzepki, wypuszcza krew i zakłada opatrunek ustalający. Cienkim zgłębnikiem, wprowadzonym przez kaniulę trójgrańca po wypuszczeniu krwi, wymacać się udało L. nieraz pęknięcie, względnie naddarcie torebki. Odkrycie to spowodowało, że autor obecnie zawsze nawsze nakłówa staw i opróżnia go, gdyż wtedy łatwiej brzegi rany zbliżyć się mogą, a na zlepienie i zrośnięcie ich wpływa korzystnie następowe ustalenie stawu. *Herman.*

## VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Marcuse (Mannheim). **O najnowszych przetworach żelaza i krwi i ich stosowaniu w praktyce lekarskiej.** (*Die Heilkunde. Zeszyt 4, 1901*).

1. Feratyna wyrabia się z wieprzowej wątroby; jest związkiem żelaza, który, spożywany w prawidłowych warunkach z codziennemi potrawami, szybko się wchłania i usadawia się w tkankach, a szczególniej w wątrobie; tutaj służy z jednej strony jako zapasowy czynnik dla wytwarzania krwi, a z drugiej odgrywa ważną rolę w sprawach odżywczych tkanek. Feratynę podaje się w jednorazowych dawkach po 0·5—1·5 dziennie, lub też dzieli się tę samą ilość na 2—3 części; dawka 0·5 odpowiada 0·03 metalicznego żelaza.

Liczni autorowie badali działanie tego przetworu i wpływ jego na ustrój: Filippi doszedł do wyniku, że feratyna bynajmniej nie wpływa szkodliwie na przewód pokarmowy i zachowuje się zupełnie tak samo, jak inny każdy środek odżywczy, bogaty w żelazo. Jaquet i Kündig stwierdzili po stosowaniu feratyny większe łaknienie i podniesienie wagi ciała. Badania wreszcie Friesera potwierdziły wyniki poprzednich autorów, lecz autor ten zaleca wyższe dawki (1·00—2·00 2—3 razy dziennie) z domieszką cokolwiek rzewienia. Te same własności okazywały także kołaczyki feratynowe i *liquor ferratini*, czyli feratosa. Wobec tych zachwalających ogłoszeń, podających feratynę jako łatwo chłonący się przetwór w wszystkich postaciach błednicy i niedokrewności, nowsze prace zajmują zupełnie odmienne stanowisko. Badania Lipskiego wykazały, że sztuczna feratyna inaczej się zachowuje, aniżeli ustrojowa, w szczególności zaś, że po spożyciu nie zamienia się na silny związek żelaza; a powtóre, że nie jest identyczną z żelazem wątroby — okoliczności, które za jednym zamachem usunęły podstawę teoretyczną, na której się opiera zastosowanie sztucznej feratyny. Do tego przyczyniły się także spostrzeżenia Quinckego i innych, stwierdzające szkodliwy wpływ tego przetworu na żołądek: uczucie gniecenia, odbijanie, wymioty i t. p. Nie ziściła więc feratyna nadziei w niej pokładanej, jako „organicznym przetworze białkowatym.“

2. Karniferyna przedstawia się jako proszek brunatny bez zapachu, o smaku podobnym do smaku wyciągu mięsnego; zawiera niespełna 30% żelaza. Hall stwierdził wessalność tego przetworu u zwierząt, a nieszkodliwość na sobie samym; inni klinicyści (Riemer, Frisch, Drasche) znaleźli większą ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, niemniej wzrost wagi ciała u niedokrewnych po stosowaniu karniferyny. Podawana zwykle bywa w proszku, w ilości 0·30 4 razy dziennie.

3. Fersan, proszek barwy czekoladowej, rozpuszczalny w płynach, nie ścinający się przy gotowaniu, wessalny tylko w jelitach, skutkiem czego wykluczone są następowe zaburzenia ze strony żołądka. Nowy ten przetwór (zawierający składniki krwi, białko, żelazo i fosfor) może być podawany w zimnych napojach, mleku, kakao, herbacie i t. d. Dotychczasowe wyniki są wielce zachęcające.

4. Białkany i peptony żelaza. Z starszych, jeszcze obecnie używanych, zasługują na uwagę *Liquor ferri albuminati Drees*, czysty lub w połączeniu z rozczynem Fowlera, z nowszych najwięcej znanych, t. zw. esencya żelazowo-peptonowa Pizzala, *Hamaticum Glausch*, *Liquor mangano-peptonati Gude*, *Liquor ferro-mangani saccharati i peptonati Helfenberg*. Ostatni jest przetworem o smaku nader przyjemnym, poprawia łaknienie, ogólne odżywienie i podnosi wagę ciała w krótkim czasie; szczegóły te zostały stwierdzone na 120 przypadkach niedokrewności. Wszystkie powyżej przytoczone leki stosuje się w ilości 2—3 łyżek stołowych dzien-

nie. Do rzędu tych przetworów należy jeszcze *Tinctura ferri Athenstädt*, podobna co do swego chemicznego składu do używanego *ferrum oxydatum saccharatum*, które zawiera 0·2% metalicznego żelaza. Liczne doświadczenia (Rossbach, Schauta, Kahlbaum) dały znakomite wyniki; przetwór bywa łatwo strawiony i działa skutecznie.

5. Somatoza z żelazem jest proszkiem jasno brunatnym, prawie bez smaku i zapachu, łatwo się rozpuszczającym w ogrzanych płynach i zawierającym około 2% żelaza. Doświadczenia Roosa poczynione z tym przetworem wypadły korzystnie; u chorych niedokrwownych podnosiła się waga ciała, łaknienie się wzmagało, zarówno jak i ilość hemoglobiny. Badania innych autorów wykazały nadto, że somatoza pomyślnie wpływa na zaburzenia, wynikające z zwiotczenia jelit, mimo że była podawaną bez szkody przez kilka tygodni. Również znakomicie działa somatoza w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych (błonicy, płonicy, odrze i t. d.), w ogóle w wszystkich stanach wycieńczenia. *Dr. Henryk Pisek.*

## VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

#### Posiedzenie naukowe z dnia 29 marca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck. Obecnych członków 48.

I. Kol. Rydygier demonstruje ośmioletniego chłopca, u którego wykonał *resectio recti* z powodu raka galaretowego. Zarazem okazuje uzyskany przez zabieg nowotwór i preparaty mikroskopowe, a omawiając swój przypadek, wylicza znane przypadki raka w wieku wczesnym; z tych najwcześniejszy dotyczył dziecka 12-to letniego.

W ciągu rozpraw kol Baracz wspomina o nowym złożonym sposobie wyłuszczania odbytnicy, poleconym przez Gaudiera, Chalota, Giordano i Quenu, wobec nowotworów przechodzących na jelito esowate. a polegającym na wyłuszczeniu odbytnicy przez laparotomię i przez międzykrocze lub od strony kości krzyżowej. Sposób ten polega na wykonaniu laparotomii, podwójnem podwiązaniu i przecięciu poprzecznem jelita esowatego, wgłobieniu i zaszyciu ramienia doprowadzającego, założeniu sztucznej odbytnicy na ramieniu doprowadzającem i na wyłuszczeniu ramienia odprowadzającego przez międzykrocze, lub cięciem około kości krzyżowej. Przez zamknięcie otworu stolcowego daje się potem odbytnica wyłuszczać jako ślepy aseptyczny worek. Giordano, Chalot i Quenu podwiązują przedtem tętnicę biodrową wewnętrzną i odbytnicową dolną, przez co zabieg ten daje się wykonać bezkrwawo. Operacya ta dała dotychczas w rękach autorów francuskich bardzo dobre wyniki. Kol. B. widzi w tym sposobie operowania znaczny postęp techniki i korzyści, gdyż zabezpiecza przed krwotokiem i zakażeniem gnilnem (największe niebezpieczeństwa dotychczasowych sposobów) i przed nawrotami choroby.

Kol. Ziembicki w odpowiedzi kol. B. zaznacza, że sposób ten zaniechany, gdyż dla zaoszczędzenia utraty krwi przedłuża przeszło o godzinę i tak ciężki zabieg operacyjny.

II. Kol. Rydygier demonstruje chorą. u której z powodu opadnięcia trzew (choroba Glenarda) wykonał drogą laparotomii umocowanie ich do ścian jamy brzusznej. Objawy ustąpiły, chora ma się dobrze, kol. R. obiecuje ją po roku pokazać.

W rozprawach kol. Wechsler wyraża zapatrywanie, że t. zw. choroba Glenarda nie jest chorobą samoistną. lecz objawem spowodowanym niedokrewnością lub cherą.

Kol. Rencki podnosi, jak często spotykać można obniżenie nawet bardzo znaczne trzew w jamie brzusznej, a mimo tego niezawsze ono daje tak ciężkie objawy, jak u przedstawionej chorej Co należy winić w danym przypadku, rozstrzygnąć trudno Stiller obwinia układ nerwowy, a nawet uważa on osłabienie układu nerwowego za wrodzone; ma ono usposabiać do późniejszego stwierdzić się dającej choroby Glenarda. Być może, że to niezwykłe obniżenie i ruchomość trzew mogło być w tym przypadku przyczyną upośledzenia sprawności mechanicznej przewodu pokarmowego, jednak zbyt wielkiem ono nie było. skoro żołądek naczczo znajdowano próżnym. Zaburzenia w chemizmie żołądka nie można obwiniać o przyczynę takich dolegliwości, tembardziej, że częste badania żołądka w klinice lwowskiej, jak na to zwrócił uwagę prof. Gluziński, wykazywały albo stosunki prawidłowe, albo częściej jeszcze niedomogę wydzielniczą kwasu solnego. W leczeniu choroby Glenarda odpowiednio stosowana dyeta, arsen podskórnie, podpaska brzuszna, ogólne mięsienie. często znacznie poprawia stan chorych. W przypadkach rozpaczliwych, pociągających nieraz znaczne wyniszczenie ustroju, usprawiedliwionym będzie i zabieg operacyjny, a przekonuje o tem nas obecnie demonstrowany przypadek, gdzie wynik jeśli tylko będzie trwałym, nazwać można znakomitym.

III. Kol. Ruff przedstawia chorego z *spondylosis ankylotica* i omawia wyczerpująco ten przypadek. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Mars zwraca uwagę, że zdjęcia röntgenograficzne w danym przypadku mogłyby być bardzo ciekawe ze względu na ustawie kości miedniczych.

Kol. Rencki uważa przypadek kol. Ruffa również za postać zesztywnienia stosu pacierzowego, opisanego przez Marie, gdzie także zajęte są i duże stawy, które zazwyczaj wpierw okazują zmiany. W danym przypadku co do etyologii, nie można pominąć przebytego ciężkiego duru brzusznego przed kilku laty, bo odtąd właściwie chory oznacza początek choroby. Tę postać zesztywnienia należy odróżnić ściśle od podobnej postaci chorobowej, opisanej najpierw przez Bechterewa, a cechującej się przedewszystkiem bólami w stosie pacierzowym, kończynach górnych i dolnych, zboczeniami czucia (objawy korzeniowe), oraz następowymi zanikami mięśni grzbietu i barku i wzmożonymi odruchami.

W przypadku sekcyjnym Bechterewa sprawa przewlekle zapalna zajmowała opony rdzeniowe, znaleziono tam zmianę i w korzeniach, a nawet rdzeniu. Stąd uważa Bechterew, że pierwotnie zajęty bywa chorobowo układ nerwowy, a następowo przychodzi do zaników mięśniowych, skrzywienia i zesztywnienia kręgosłupa. Stawy duże zazwyczaj pozostają wolne.

IV. Kol. Beck demonstruje własnego pomysłu przyrząd, znaczący uderzeniem dzwonka elektrycznego ruchy (rozkurcz) serca i fale krwi w tętnicach.

Kol Słęk demonstruje szereg zdjęć röntgenograficznych.

*Dr. Krzyszkowski*, sekretarz.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 marca 1901.

Przewodniczący wiceprezes kol. Murdzieński.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II Kol. Doc. Korczyński miał odczyt: »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Część II.« (Rzecz przeznaczona do druku).

W rozprawach zabierali głos koledzy: prof. Jaworski, prelegent i prof. Ciechanowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

*Dr. Leonard Bier* w zastępstwie sekretarza dorocznego.

## IX. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

*Sekcya laryngologiczna.*

zestawił

Dr. Franciszek Nowotny.

(Dokończenie).

*Ropotok jamek sitowych* (*Ethmoiditis*). Według Hajeka występuje on w trzech postaciach: 1) jako powierzchowne zapalenie błony śluzowej; 2) w postaci drugiej spotykamy oprócz obrzęku błony śluzowej i okostnej także polipy; 3) w postaci trzeciej znajdujemy liczne polipy, nadżerki, zgrubienia i ziarninę; w tej postaci już i kość ulega zmianom. Leczenie bywa zwykle bez wyniku, a to dlatego, że 1) niemożliwy jest dostęp do wszystkich zajętych komórek sitowych, każda zaś z nich przedstawia jakby osobny ropień; 2) zwykle kombinuje się ta sprawa z zapaleniem jamy szczękowej i czołowej.

*Wskazania do tyreotomii.* Tyreotomia jest wskazaną (Semon) w przypadkach: ciał obcych krtani, których drogą śródkrta-

niową wydobyć nie można; złamań chrząstek krtani; twardzieli (*scleroma*), brodawczaka, wyjątkowo w przypadkach „laryngocele“ i zwężeń krtani, w odpowiednich przypadkach gruźlicy, wreszcie bardzo dobre daje wyniki w przypadkach nowotworów złośliwych, ale tylko wtedy, gdy mamy pewność zupełnie usunąć nowotwór na tej drodze. Majer jest za ograniczem tyreotomii u dzieci. Fränkel za ograniczeniem na korzyść operacyj śródkrtaniowych. Schmiegelow wykonuje tyreotomię przy tamponadzie tchawicy kaniulą Hahna i wytamponowaniu gardła. Wyniki tyreotomii w ogóle są dobre; śmiertelność po operacyj wynosi zaledwie 4%.

*Rhinitis spasmodica.* Jacobsohn rozróżnia trzy postacie: 1) R. przyrody naczynioruchowej; 2) toksycznej; 3) osobną grupę stanowi t. z. *catarrhus aestivus.* Monnier rozróżnia tylko jedną kategoryę, a mianowicie *Rhinitis* toksyczna i tę dzieli na ostrą i przewlekłą. Spotykamy się z tą chorobą przeważnie u neurasteników.

*Nowy sposób leczenia zboczeń (deviatio) przegrody nosowej.* Robimy dwa cięcia, przecinające całą grubość przegrody; cięcia te mają być w kształcie trójkąta o podstawie zwróconej ku przodowi, wierzchołek zaś ma się znajdować jak najbardziej z tyłu obok lemiesza (*vomer*). Następnie wkładamy do nosa rozwieracz, złożony z dwu płyt: płyta zewnętrzna jest nieruchomą, płyta zaś wewnętrzna szersza i ruchoma; płytą tą przy pomocy osobnych kleszczy wyprostowujemy przegrodę. Rozwieracz ten zostawiamy 7 — 8 dni w nosie; wyniki mają być bardzo dobre.

*Guzki śpiewacze (Sängerknötchen).* Chiari. Guzki te są okrągłe lub owalne, usadowione na wolnym brzegu więzadła, na granicy przedniej i średniej jednej trzeciej części więzadła. Guzki te są zwykle symetryczne, żółtawo-białe, gładkie, wielkości najwyżej główki od szpilki. Spotykamy je najczęściej u śpiewaków. Nie ulegają one owrzodzeniu i mogą dobrowolnie zniknąć. Przyczyną powstawania tych guzków jest: przewlekły nieżyt, nadużywanie głosu przez złą metodę śpiewu. Powstają one wskutek przerostu nabłonka i powierzchownych warstw włóknistych. Leczenie: wyjęcie ostremi kleszczykami lub przypalenie galwanokauterem.

*Zapalenie stawów krtaniowych.* Escat. Zapalenie stawu obrączko-nalewkowego ostre można pomięszać z porażeniem nerwu wstecznego; a zapalenie stawu obrączko-tarczykowego ostre z porażeniem nerwu krtaniowego zewnętrznego. W przebiegu zapaleń stawów krtaniowych pomocniczymi w rozpoznaniu są następujące objawy: przebyte albo istniejące jeszcze ostre zapalenie gardła, przekrwienie krtani, stan gorączkowy, zajęcie innych stawów. Następowe zesztywnienia stawów są bardzo uporczywe.

## X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 10 listopada 1900 r.**

Obecni: wszyscy członkowie Wydziału.

Pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie wysłania delegata Izby lekarskiej na posiedzenie krajowej Rady zdrowia oddano do referatu Drowi Poniklo celem wypracowania odpowiedzi, uzasadniającej słuszność żądania Izby, by jej delegat był wzywany stale na posiedzenia tej Rady.

II. Szereg pism, przesłanych przez Izbę czeską, morawską, tryestyńską, jak niemniej przez Stowarzyszenie wiedeńskie lekarzy dentystów, złożono do aktów, jako dla tutejszej Izby na razie bezprzedmiotowych, lub przeprowadzić się niedających.

III. Komitetowi obywatelskiemu, urządzającemu pochód podczas Jubileuszu Uniwersytetu Jag. uchwalono na wniosek Dra Trzebickiego przesłać 50 koron na pokrycie kosztów.

IV. Wdowie po lekarzu, pani S., w Krakowie udzielono zamogi w kwocie 50 koron.

Sześciu kolegów uwolniono od wkładek.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 24 listopada 1900 r.**

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Kohn, Trzebicky, Walczyński.

I. Czterech kolegów uwolniono od wkładek, względnie od zaległości.

II. Wdowom po lekarzach: pani R. i pani K. w Krakowie udzielono zapomogi w kwocie 50, względnie 100 koron, mag. chir. B. w J. w kwocie 200 koron.

III. Na prośbę jednego z kolegów, zamieszkałego w Krakowie, wydano mu poświadczenie, że praktykuje tu dopiero przez drugi rok, i że lekarz w początkach swej praktyki, wyjąwszy nadzwyczajnie korzystnych okoliczności, w Krakowie sum znaczniejszych nie zarabia.

IV. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby w dniu 29-go grudnia i ułożono porządek dzienny na to posiedzenie.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 15 grudnia 1900 r.**

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Poniklo i Trzebicky.

I. Podskarbi Dr. Trzebicky przedstawia tymczasowe zamknięcie rachunków kasowych, a mianowicie: dochód w kwocie 9575 k. 80 h., rozchód 4506 k. 35 h.

II. Kol. D. odłożono termin zapłaty wkładek zaległych do 1-go października 1901 r.

Mag. chir. A. uchwalono zwrócić uwagę na niewłaściwość wysyłanych przez niego anonsów, w razie gdyby dochodzenie wykazało, że ogłoszenia te nie były przeznaczone tylko dla lekarzy, ale i dla szerszej publiczności.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 12 stycznia 1901 r.**

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Poniklo, Trzebicky, Walczyński.

I. Wdowom po lekarzach, paniom K., S., i Z. w Krakowie, pani B. w Myślenicach, udzielono zapomogi w kwocie po 50 koron; mag. chir. B. w J. 100 koron.

II. Trzech kolegów uwolniono od wkładek.

III. Jednemu z kolegów uchwalono odpowiedzieć na jego pismo, że Izba w sprawie odmowy c. k. sądów wynagrodzenia lekarzom straty czasu przez stawiennictwo, jako świadków, nic zrobić nie może.

IV. Uchwalono wobec jubileuszu prof. Virchowa, którą to sprawę poruszono w myśl listu prof. Toldta, zachować się biernie.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 5 marca 1901 r.**

Obecni: wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uwolniono trzech kolegów od wkładek.

II. Mag. chir. Z. w S. i wdowie po lekarzu K. w L. udzielono zapomogi w kwocie 100, a względnie 50 koron.

W sprawie wystawiania przez lekarzy świadectw celem uwolnienia dzieci od niektórych przedmiotów, objętych planem nauk szkolnych, poruszonej reskryptem c. k. Rady szkolnej, uchwalono przypomnieć osobnem pismem, wystosowanem do każdego z lekarzy z osobna, że zaleca się przestrzegać jak największej dokładności i skrupulatności przy wystawianiu podobnych świadectw. Szereg pism przysłanych przez inne Izby, poruszających rozmaite sprawy mniej lub więcej dotyczące stanu lekarskiego, rozdano poszczególnym kolegom celem przedłożenia referatu na posiedzenie pełnej Izby.

#### PROTOKÓŁ

**z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 26 marca 1901 r.**

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Poniklo, Dr. Trzebicky i Dr. Walczyński.

I. Udzielono zapomogi wdowie po lekarzu pani M. z Sieniawy w kwocie 50 koron.

II. W sprawie honoraryów sądowo-lekarskich i instrukcyi dla lekarzy więziennych uchwalono przedłożyć sądowi krajowemu karnemu projekt nowy, w myśl żądania tegoż sądu.

III. Na pismo Izby zarządzającej w sprawie uwolnienia lekarzy od pełnienia obowiązków sędziów przysięgłych uchwalono odpowiedzieć, że Izba nie widzi powodu do tego, żeby się lekarze usuwali od spełnienia tego obowiązku obywatelskiego.

IV. Na pismo jednego z kolegów, proszące o udzielenie mu pomocy przy osiągnięciu posady lekarza okręgowego, uchwalono odpowiedzieć, że Izba w tej mierze nic zrobić nie może.

V. Uchwalono przesłać lekarzom nowosądeckim podziękowanie za złożone do kasy Izby w darze 40 k. 80 h., jako pozostałość ze składki na wieniec dla ś. p. Dra Kozubskiego.

**PROTOKOŁ**

**z posiedzenia *Rady honorowej* Izby lekarskiej zachodnio-gal., odbytego w dniu 10 listopada 1900 r.**

Obecni: wszyscy członkowie Rady.

I. Wskutek doniesienia jednego ze starostw przeciw Drowi K. o uchybienie przeciw godności stanu lekarskiego, uchwalono wdrożyć śledztwo przeciwko obwinionemu.

**PROTOKOŁ**

**z posiedzenia *Rady honorowej* Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 29 stycznia 1901 r.**

Obecni: przewodniczący Dr. Łazarski, Drowie Ponikło, Trzebicky, Walczyński, Kohn.

I. Odbyła się rozprawa przeciw Drom K. i S., którzy obydwaj stawili się do niej osobiście.

II. Na wniosek referenta (Trzebickyego) udzielono obydwom ostrzeżenia.

III. Przeciwko Drowi S. uchwalono wdrożyć śledztwo i powierzono referat przewodniczącemu i Drowi Trzebickyemu.

**PROTOKÓŁ**

**z posiedzenia *Izby lekarskiej* zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 29 grudnia 1900 r.**

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Cwiklicer, Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Łodziński, Trzebicky, Walczyński.

Nieobecność usprawiedliwili: Drowie Kohn i Ponikło.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek Dra Łodzińskiego uchwalono odbitki z dyrektyw dla lekarzy przy umowach między lekarzami a kasami chorych przesłać także zarządom kas chorych.

III. Prezes zdaje sprawę z całorocznej działalności Wydziału.

IV. Na wniosek kol. Cwiklicera uchwalono, żeby członkowie Izby z urzędu proponowali Wydziałowi kolegów, zasługujących na wsparcie.

V. Podskarbi przedstawił tymczasowe zamknięcie rachunków na rok 1900 i budżet na rok 1901, w myśl którego uchwalono nadal pobierać od członków wkładkę w wysokości 12 koron rocznie.

VI. Do komisyi skontrującej wybrano Drów: Dietziusa i Gawlika.

VII. Dr. Dietzius ponownie wniósł, by domagać się wzywania delegata Izby na posiedzenia Rady zdrowia, gdyż dotychczasowe postępowanie władzy jest dla Izby w wysokim stopniu obrażające.

VIII. Na wniosek kol. Trzebickyego przyjęto taryfę, proponowaną przez Izbę styryjską, za wystawianie świadectw dla prywatnych Towarzystw asekuracyjnych od wypadków. Taryfa za świadectwa te, które wystawiać należy wyłącznie tylko na żądanie Towarzystwa jest następująca.

Za każde świadectwo — 5 koron.

Za sprawozdanie w razie śmierci — 6 koron.

Za sekcyę wraz z orzeczeniem dla jednego lekarza — 50, dla 2 — 100 koron. Do wykonania sekcyi musi być powołanych dwóch lekarzy. Za częściowe otwarcie zwłok należy opłacać takie samo honoraryum, jak i za sekcyę całkowitą.

Jeżeli celem wykonania czynności lekarskiej potrzebną jest podróż dalsza, niż 3 kilometry, należy żądać oprócz honoraryum jeszcze wynagrodzenia za podwody.

O uchwale tej postanowiono zawiadomić także Towarzystwa asekuracyjne.

IX. Na wniosek kol. Cwiklicera uchwalono przedstawić prezydyum c. k. sądu krajowego wyższego, że lekarze są częstokroć zmuszeni odbywać swe czynności po sądach wśród stosunków wprost decorum obrażających.

---

## W sprawie lekarzy szkolnych.

(Dokończenie).

# PROJEKT

### instrukcyi dla lekarzy szkolnych w szkołach średnich.

§ 1.

Do obowiązków lekarza szkolnego należy: a) nadzór higieniczny nad stanem budynku szkolnego i jego urządzenia; b) nadzór nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej; c) nadzór nad higieną nauki w zakresie rozporządzeń istniejących i mających być wydanemi; d) udzielanie nauki somatologii i higieny; e) wygłaszanie od czasu do czasu dla grona nauczycielskiego odczytów z zakresu higieny szkolnej.

Leczenie uczniów nie wchodzi w zakres obowiązków lekarza szkolnego. Tylko w nagłych przypadkach zachorowania w szkole jest on obowiązany do udzielenia pierwszej pomocy i rady.

§ 2.

Lekarz szkolny jest tylko organem doradczym dyrektora i grona nauczycielskiego i nie posiada prawa wydawania od siebie zarządzeń w sprawach zdrowotnych; spostrzeżenia swoje i wnioski, zmierzające do poprawy zdrowia młodzieży, przedstawia dyrektorowi i gronu nauczycielskiemu doraźnie wzgl. na konferencyach. Gdyby lekarz uważał, że w ważnych dla zdrowia sprawach wnioskom i przedstawieniom jego nie czyni się w odpowiedni sposób zadość, przysługuje mu prawo odwołania się do krajowej Rady szkolnej, która w porozumieniu z krajową Radą zdrowia rozstrzygnie w tej sprawie.

§ 3.

Nadzór nad zdrowotnością budynku szkolnego i jego urządzenia wykonuje lekarz szkolny przez a) peryodyczne zwiedzanie budynku i b) jednokrotną do roku gruntowną rewizyę.

Peryodyczną kontrolę warunków zdrowotnych w budynku szkolnym spełniać będzie lekarz szkolny 2 razy na miesiąc w dniach i godzinach z góry oznaczonych. W tym celu zwiedzi on prócz innych ubikacyj budynku 3—5 klas, przyczem zwracać będzie uwagę nietylko na zdrowie młodzieży, o czem później będzie mowa, lecz i na czystość podłogi, powietrza, sprzętów, — dalej oświetlenie, ogrzewanie i skuteczność przewietrzania, oraz inne urządzenia higieniczne klasy. Napotkane przy tej sposobności usterki zanotuje on w osobnej na ten cel przeznaczonej książce. Każdą klasę winien lekarz szkolny zwiedzić conajmniej 2 razy w ciągu jednego półrocza. Raz do roku z końcem letniego półrocza winien lekarz szkolny zbadać wszystkie ubikacye budynku szkolnego przy współudziale dyrektora i urzędnika budownictwa. Z wyniku tych oględzin, a z uwzględnieniem wyników badania przy peryodycznych oględzinach, spisze lekarz protokół z wymienieniem braków higienicznych i podaniem wniosków, jak im zaradzić należy. Dyrektorowi i urzędnikowi budownictwa przysługuje prawo zanotowania uwag swoich w tym protokole. Protokół ten służyć będzie za podstawę dla zarządzić się mających przez władzę adaptacyj i zmian.

§ 4.

Nadzór nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej wykonywać będzie lekarz szkolny przez: a) jednorazowe badanie wszystkich uczniów nowowstępujących do szkoły; b) peryodyczne badanie uczniów, których stan zdrowia będzie podejrzany bądź chwilowo, bądź też wogóle większej będzie wymagał uwagi.

§ 5

Wszystkich uczniów nowowstępujących lekarz szkolny obowiązany będzie zbadać w ciągu pierwszych 3 tygodni, a wyniki badania spisać na osobno dla każdego ucznia prowadzonym zapisku zdrowia. Zapiski te służyć będą do oceny rozwoju fizycznego ucznia, do przekonania się, czy stan jego zdrowia nie wymaga stałej opieki lekarskiej i czy ze względu na naukę nie potrzebuje on pewnych ograniczeń, np. w ćwiczeniach gimnastycznych i zabawach szkolnych, rysunkach itd., lub bliższego miejsca w klasie przy wadach wzroku lub słuchu itd. Zapiski zdrowia uczniów, wymagających stałej opieki lekarskiej, mają być wyróżnione napisem. Zapiski uczniów zdrowych będą uzupełnione co $^1/_2$ roku wymiarami co do wysokości i ciężaru ciała, których dokona nauczyciel gimnastyki, i obwodu klatki piersiowej mierzonego przez lekarza; reszta rubryk zapisku pozostanie niewypełniona, wyjąwszy te przypadki, w których uczniowie, przy przyjęciu zdrowi, okazywać będą w ciągu lat nauki szkolnej zboczenia w zdrowiu. Na początku nowego roku szkolnego zbada lekarz szkolny prócz nowowstępujących wszystkich tych uczniów, których stan zdrowia poprzednio wymagał stałej opieki lekarskiej, celem stwierdzenia o ile stan zdrowia się zmienił. Zapiski towarzyszą uczniom z klasy do klasy. Jeżeli uczeń przeniósł się z zakładu, posiadającego lekarza szkolnego, wtedy należy z tego zakładu zażądać zapisków zdrowia tego ucznia i prowadzić je w dalszym ciągu.

§ 6.

Na życzenie rodziców zwalnia dyrektor uczniów od badania przez lekarza szkolnego, jeżeli rodzice złożą przed początkiem roku szkolnego świadectwo lekarskie na formularzu przepisanym.

§ 7.

Dla zapobiegania chorobom zakaźnym wśród uczniów przez wczesne rozpoznanie, jak również dla stałej kontroli zdrowia młodzieży, lekarz będzie poddawał uczniów badaniu peryodycznie (§ 4). W tym celu będzie on odwiedzał szkołę 2 razy na miesiąc w dniach i godzinach z góry oznaczonych i w czasie przeznaczonym dla zwiedzania klas zwróci uwagę nietylko na warunki higieniczne klasy, lecz i na ogólne zdrowie uczniów, przyczem gospodarz klasy dostarczy mu wskazówek co do nienormalnego zachowania się ucznia, budzącego podejrzenie choroby, a szczególnie zwróci lekarz uwagę na tych uczniów,

którzy pozostają pod stałą jego opieką. Uczniów, którzy wydadzą mu się podejrzani o jaką chorobę zaraźliwą, przeznaczy zaraz do badania; pozostających zaś pod stałą jego opieką będzie badał od czasu do czasu celem przekonania się o stanie wady w ich zdrowiu. Gdyby w klasach nie zwiedzanych danego dnia znajdowali się uczniowie podejrzani o chorobę zakaźną lub inną, gospodarz klasy odeszle ich na godzinę konsultacyjną do lekarza celem stwierdzenia i zarządzenia odpowiednich środków.

§ 8.

Badania i konsultacye wykonywać będzie lekarz zaraz po zwiedzeniu klas w budynku szkolnym, w sali na ten cel przeznaczonej i urządzonej, a gospodarze klas dostarczą mu zapisków zdrowia uczniów, przeznaczonych do badania ściślejszego.

§ 9.

Gdyby w szkole zauważono przypadek choroby podejrzanej o zakaźność w dniach, w których lekarza niema w szkole, obowiązany jest lekarz zbadać ucznia u siebie w domu w godzinach ordynacyjnych; w nagłych przypadkach zasłabnięcia jest obowiązany na wezwanie dyrektora przyjść do szkoły a w razie jakiejkolwiek epidemii będzie lekarz w miarę potrzeby częściej, niż co 2 tygodnie odwiedzał szkołę.

§ 10.

Jeżeli lekarz się przekona, że uczeń dotknięty jest chorobą, wymagającą koniecznego leczenia, winien się postarać, aby o tem doniosła dyrekcya szkoły rodzicom lub odpowiedzialnemu opiekunowi.

§ 11.

W razie, jeżeli uczeń sam był dotknięty chorobą zakaźną lub zaraźliwą, albo jeżeli mieszka w rodzinie lub w domu, w których zaszedł przypadek takiej choroby i dla tego nie uczęszczał do szkoły, lekarz winien stwierdzić na miejscu, czy może on ponownie uczęszczać do szkoły bez niebezpieczeństwa dla innych uczniów.

§ 12.

W tych przypadkach, w których zły stan zdrowia uczniów, stojących na stancyach, każe przypuszczać, że przyczyną tego stanu może być mieszkanie niehigieniczne, winien lekarz je zbadać; w razie złych warunków zdrowotnych w mieszkaniu udzieli przedewszystkiem rad swych utrzymującemu stancyę. O dokonanych spostrzeżeniach uwiadomi dyrektora, który w razie uporczywości ze strony utrzymującego stancyę w zaniechaniu rad i wskazówek lekarza posiada prawo zarządzenia odpowiednich środków.

§ 13.

Co do przestrzegania warunków zdrowotnych w samym sposobie nauczania ograniczy się lekarz szkolny do ocenienia, czy przepisy higieniczne, odnoszące się do samej nauki, bywają wykonywane i spostrzeżenia, oraz wnioski swoje w tym kierunku przedstawi dyrektorowi wzgl. gronu nauczycielskiemu, nigdy zaś bezpośrednio nauczającemu przy uczniach. Szczególniejszą uwagę zwróci on na naukę pisania, rysunków i gimnastyki. Nauczycielowi gimnastyki wskaże lekarz nietylko tych uczniów, który wymagają pewnych ograniczeń w ćwiczeniach, ale zarazem będzie zwracał uwagę jego na zastosowanie ćwiczeń do rozwoju fizycznego uczniów.

§ 14.

Z końcem każdego roku szkolnego będzie lekarz szkolny obowiązany złożyć pisemne sprawozdanie ze swej czynności c. k. krajowej Radzie szkolnej za pośrednictwem dyrektora, a Rada szkolna krajowa w porozumieniu z krajową Radą zdrowia zarządzi na podstawie tego sprawozdania odpowiednie środki.

Sprawozdanie to obejmować winno:

1) Wyniki badania nowych uczniów, zestawione liczbowo; 2) liczbę odwiedzin klas i badanie dzieci; 3) liczbę i rodzaj przypadków choroby, stwierdzonych w czasie godziny konsultacyjnej; 4) liczbę uczniów, u których ograniczył wymagania szkolne (co do gimnastyki, rysunków itd.); 5) liczbę uwiadomień rodziców i opiekunów o chorobie uczniów; 6) liczbę uczniów, wymagających szczególnej opieki lekarskiej; 7) zestawienie liczbowe wszystkich nieprawidłowości w budynku szkolnym; 8) ogólny pogląd na zdrowie młodzieży w ciągu ostatniego roku.

Komisya uważa, że dla dobra szkoły i jednolitej działalności wychowawczej najodpowiedniej będzie przyznać lekarzowi szkolnemu stanowisko doradcze w szkole, jeżeli on wszelkie wnioski, dążące do poprawy warunków higienicznych w szkole, jak i co do zdrowia młodzieży szkolnej, przedstawiać będzie dyrektorowi, wzgl. gronu nauczycielskiemu i przez te czynniki będzie przeprowadzał poprawę stosunków zdrowotnych, a nie będzie miał prawa wydawania samodzielnych zarządzeń. W ten sposób zachowa się jednolitość kierunku wychowawczego i nie narazi na szwank powagi szkoły i nauczycielstwa tak wobec uczniów, jak i szerszej publiczności, co nierazby nastąpić mogło przy zbytniem zaznaczeniu żądań lekarza i prawomocności jego zarządzeń. Wobec bardzo przychylnego stanowiska, jakie zajmują profesorowie szkół średnich dla instytucyi lekarzy szkolnych, spodziewać się można, że w przeprowadzeniu zarządzeń zdrowotnych znajdą lekarze szkolni w nauczycielstwie, a w szczególności u kierowników szkół w granicach możliwości zupełne poparcie. Stanowisko ich, jakkolwiek tylko doradcze, nie ucierpi na skuteczności i swobodzie działania. Gdyby jednak zdarzył się przypadek, że wnioski i środki zaradcze, podane przez lekarza, napotykałyby na opór ze strony dyrektora lub grona nauczycielskiego, na ten przypadek przysługiwać mu winno prawo odwołania się do wyższej instancyi.

Co do remuneracyi za pełnienie czynności lekarza szkolnego komisya dzieli lekarzy na 2 kategorye: jednę stanowiliby lekarze, znajdujący się już w szkole i w przyszłości przyjmujący na siebie obowiązki nauczycieli gimnastyki. Tych przedewszystkiem zużytkowaćby należało, jako lekarzy szkolnych, ograniczając zakres ich obowiązków nauczycielskich do 16 godzin tygodniowo i dodając im do pomocy asystenta. Lekarze ci powinniby być zrównani co do płacy i rangi z rzeczywistymi nauczycielami szkół średnich. Drugą kategoryę stanowiliby lekarze szkolni za stałą renumeracyą roczną 1200 koron w szkołach, nieprzekraczających 500 uczniów. Za każdą następną liczbę uczniów, nie przekraczającą 100, winien lekarz otrzymać dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 240 kor.

## XI. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 2 maja.*

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader miał odczyt: »O znieczulaniu metodą Corning-Biera.« Po skończonym odczycie i odbyciu ożywionych rozpraw, które on wywołał, wykonał kol. prof. Kader operacyę bez bólu na chorej, której wstrzyknął w przestwory podpajęcze rozczyn tropakokainy.

Na temże posiedzeniu koledzy: Chlumský i Gerzabek przedstawili chorych, operowanych w klinice krakowskiej.

* W skład komitetu powołanego przez Towarz. lekar. krakow. dla ułatwienia lekarzom polskim wzięcia udziału w III-im Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, prócz prezesa prof. Wicherkiewicza weszli: Dr. Kwaśnicki, Doc. Dr. Raczyński i Dr. Majewski (sekretarz).

* Szpital św. Ludwika dla dzieci dobiegł dnia 1-go maja ćwierć wieku swego istnienia. Od dawnych czasów Kraków posiada instytucye dobroczynne dla starców i ubogich; natomiast opieki nad maluczkimi nie było przed 25 laty. Pierwsze dopiero Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci, uświadamiając sobie należycie nowożytne potrzeby ekonomiczne, dało hasło do samopomocy społecznej dla dzieci i, jeśli dziś ubogie dzieci krakowskie posiadają nietylko opiekę szpitalną, lecz i liczne instytucye wychowawcze itd., to jest to zasługa inicyatywy, którą zapoczątkowało krakowskie Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci.

Szpital św. Ludwika nie pozostał w tych granicach, w których oglądaliśmy go przed 25 laty: w ciągu tej ćwierci wieku przybył mu tak niezbędny pawilon dla chorób zakaźnych; obok oddziału klinicznego istnieje dziś oddział chirurgiczny i sala mamek; dla dzieci zołzowatych posiada »Kolonię leczniczą« w Rabce; rocznie kilka tysięcy chorych przychodnich znajduje tu poradę lekarską, słowem szpital św. Ludwika chlubnie pełni swe zadanie humanitarne, dydaktyczne i naukowe.

Twórcy i kierownikowi tej pięknej instytucyi, J. Magn. Rektorowi Jakubowskiemu, życzymy, aby w najdłuższe jeszcze lata rozwijał to wspaniałe dzieło rozumu i serca, tyle chluby i pożytku przynoszące miastu naszemu i krajowi.

* Nr. 145 »Odczytów klinicznych« zawiera pracę prof. Dr. L. Rydygiera p. t. »Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka.«

* Na fundusz kliniczny im. prof. E. Korczyńskiego dla ubogich rekonwalescentów nadesłał Dr. Kretowicz z Karlsbadu kor. 10

* Pod przewodnictwem prof. Trycza zawiązuje się w Kijowie Stowarzyszenie dla walki z gruźlicą na Wołyniu, Podolu i Ukrainie z Kijowem. Stowarzyszenie to zamierza zakładać sanatorya dla sucho-

tników, pouczać o istocie gruźlicy słowem i piórem, drogą prawodawczą zapobiegać szerzeniu się zarazka itd.

* Wielkie zaniepokojenie powstało w Nauheim z powodu zniknięcia t. zw. »Wielkiego Sprudla« (źródła Nr. 7); rząd heski czyni wszelkie starania, by przyczynę złego usunąć, lecz jak dotąd bez skutku. Wobec niepewności, czy przed zbliżającym się sezonem powiedzie się zaginione źródło odszukać i ująć, lekarze wiedeńscy skierowują chorych, kwalifikujących się do leczenia w Nauheim, do Franzensbadu, gdzie od roku urządzono kąpiele termo-solankowo gazowe.

* Pod arkadami wiedeńskiego uniwersytetu odsłonięte będą pomniki zmarłych profesorów: Dumreichera i Meynerta.

* Dnia 19 kwietnia interpelował poseł Berger prezydenta ministrów, czy rząd byłby skłonny zaprowadzić drogą ustawy wolny wybór lekarza przez członków Kas chorych rzemieślników? Odpowiedź ministra była wymijającą.

* Drugi już raz w ciągu roku sąd odrzuca orzeczenie lekarskie, wydane przez pierwszorzędne powagi. Pierwszy przypadek zaszedł jak wiadomo w Wiedniu; drugi w niedawnym czasie w Paryżu, gdzie pewna dama, leczona promieniami Röntgena, zaskarżyła swego lekarza, że ten wywołał jej długotrwałe zapalenie skóry. Proff. Brouardel i Ogier orzekli, że lekarz nie może być odpowiedzialny za tego rodzaju powikłania. Sąd cywilny pomimo to skazał lekarza na 5000 fr. kary, motywując swój wyrok tem, że lekarz, jak każdy inny zarobkujący, jest odpowiedzialny za wszystkie szkody, wyrządzone przez swoją działalność zawodową.

* Czy wolno jest profesorowi, po uśpieniu chloroformowem prywatnego chorego, przypuszczać studentów do sali operacyjnej, bez poprzedniego przyzwolenia chorego? W Grand Rapids (stan Miczygan) niejaka pani Mary Hinman oskarżyła prof. Harricka i domagała się 5000 dolarów wynagrodzenia, właśnie za tego rodzaju nadużycie zaufania. Sędzia w zasadzie uznał winę Harricka, a tylko obniżył wymaganą kwotę wynagrodzenia (»New-York Medical Journal.« 23 marca).

* Na wniosek prof. Fourniera zawiązało się w Brukseli międzynarodowe Stowarzyszenie dla zapobiegania chorobom wenerycznym we względzie zdrowotnym i moralnym.

* Dr. Pannwitz wydał sprawozdanie ze stanu walki z gruźlicą w chwili obecnej. Jest to nader pouczająca publikacya dla wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób biorą udział w tej walce.

* W Paryżu praktykuje 77 lekarzy kobiet, a w całej Francyi, wraz z Paryżem — 91. W uniwersytetach francuskich poświęca się obecnie medycynie 200 słuchaczek.

**Mianowania i odznaczenia.** Prof. nadzwycz. patologii ogólnej w Padwie, Salvioli mian. został prof. zwyczajnym. Prosektor Delicyn, mian. prof. kliniki chirurg. w Charkowie. Doc. Dr. Franqué mian. nadzwycz. profes. w Würzburgu.

**Bibliografia.**

— *Medycyna* Nr. 17: Ziarko: Działanie lecznicze wody żegiestowskiej. Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 17: Nencki i Sieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym. Gabszewicz: Fibroleyomyoma vaginae. Bernhardt: Krup i dyfteryt w świetle najnowszej nauki. Malewski: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych przez lekarzy w zakładzie nałęczowskim (dokończenie).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17: Weigner: Poměr nervi accessorii a prvých spinalních nervů (c. d.). Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Stocka: Ileus a atropin.

— *La Presse médicale* Nr. 32: Laurens: Chirurgia głuchoty. Sprawa leczenia chirurgicznego zapalenia twardzielowego ucha (*otite sclereuse*) na kongresie otologów w r. 1900. Bazy: O odruchu moczowodowo-pęcherzowym i miedniczkowo-pęcherzowym, oraz o objawie Boucharda w patologii nerek. Nr. 33: Tuffier: O znieczuleniu kokainowem drogą rdzeniową.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17: Bäumler: O ostrej niedrożności jelit, powstałej na granicy dwunastnicy i jelita czczego. Bofinger: Leczenie niedrożności jelit atropiną. Adam: Ciężka niedrożność zatykowa jelit, usunięta zapomocą atropiny i oliwy. Gähtgens: Leczenie niedrożności jelit przetworami wilczej jagody. Middeldorpf. Przypadek niedrożności jelit leczony atropiną. Beck: O bezkształtnych zrośnięciach odłamków kości złamanych i o leczeniu tego zniekształtnienia. Knapp: Kazuistyczny przyczynek do sprawy wydostania główki pozostałej w macicy. Cramer: O ręcznem przedziurawieniu i wydobyciu czaszki płodu przy następującej główce i przy oddzieleniu główki od tułowia. Doerfler: Zakażenie krwi i amputacya. Neuberger: O niezdolności do pracy przy chorobach skórnych. Landau: O czasie trwania niezdolności do pracy przy chorobach narządów wewnętrznych. Kiefer: O wypadkach i upośledzeniu w zarobkowaniu. Klebs: O leczeniu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 17: Pick: Starczy zanik mózgu jako podstawa objawów ogniskowych. Kienböck: Badanie stosu pacierzowego w stanie zdrowia i choroby zapomocą Röntgenowskiego prześwietlania. Polak: Leczenie niedrożności jelit atropiną. Filkowsky: Napaść Forela na krajowy dolno-austryacki Zakład dla obłąkanych w świetle rzeczywistości.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17: Rosenbach: Cele rozpoznawania czynnościowego, oraz uwagi o krwi, jako narządzie i o regulującej czynności nerek. Bluemchen: Technika i zużytkowanie podskórnych wstrzykiwań chininy. Uhlenhuth: Dalsze doniesienia o mojej metodzie służącej do wykazania krwi ludzkiej. Podwysocki i Mańkowski: W sprawie głównego czynnika w szczepionce Dra Funcka. Mayer: O niezupełnem utlenianiu się cukru w ustroju (dok.)

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17: Heubner: Energia bilansu osesków. Reckzeh: Przyspieszone oddechanie (*tachypnoe*) na tle nerwowem. Lubiński: Schorzenia krtani w grypie. Dührsen: Zachowawcze leczenie guzów ropnych przydatków macicy, oraz leczenie ich stanów następowych przez nacięcie pochwowe.

**Nowe książki.**

Elschnig: Stereoskopijno-fotograficzny Atlas patologicznej anatomii oka okaże się w tych dniach nakładem Braumüllera w Wiedniu i zawierać będzie 4 zeszyty po 16 tablic. Kocher i Quervain: Encyklopedya ogólnej chirurgii. Zeszyt II-gi, nakładem Vogla w Lipsku.

**Redakcya otrzymała:**

Wicherkiewicz: 1) O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. 2) Sur quelques formes rares de kératites syphilitiques. 3) Sekcya okulistyczna na XIII Kongresie międzynarodowym lekarskim w Paryżu. 4) Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklistego, oraz kilka uwag, dotyczących rozpoznania i operacyi tychże. 5) Jeszcze słowo o syfilitycznem zapaleniu rogówki. 6) Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry. Bałłaban: Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacyi.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.